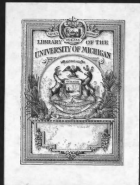
. LVTHERVS

CIDVOS

Monatsschrift für Harnkrankheiten, Psychopathia sexualis und ...

Karl Ries, Wilhelm Hammer

Digitized by Google


LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

1904-1908 (all/in this vol.)

610.5
M74
H29

Monatsschrift

für

Harnkrankheiten

und

sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. **Karl Ries**

in Stuttgart, Kanzleistr. 1.

I. Jahrgang 1904.

Leipzig

— Johannisgasse 3 —

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene

W. Malende.

1904.

Digitized by Google

Alle Rechte vorbehalten.

Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Digitized by Google

Medical
Heffer
18 Oct 23
9092
5v

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

I. Jahrgang 1904.

Inhalt.

I. Originalartikel.

Seite

Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe v. *Robert Lucke-Magdeburg* 380
Adrenalin v. *J. Cohn-Berlin* . . 60
Algolagnie (Schmerzgeilheit) v. *Wilh. Hammer-Berlin* 131
Aufgaben des Arztes im Kampfe geg. die Geschlechtskrankheiten v. *L. Eisenstadt-Berlin* . 263. 281

Bakterium coli commune v. *Carl Doktor-Budapest* 382
Blasentuberkulose, Therapie der, v. *H. Wossidlo-Berlin* 142
Bordellfrage v. Rechtsanwalt Dr. *Schweizer-Stuttgart* 133

Circumcision u. Syphilis-Prophylaxe v. *Heinr. Loeb-Mannheim* 245
Cystitis, Hetralin als Mittel gegen — v. *Georg Fraenkel-Berlin* . . 234

Dermatologen-Kongreß, V. Internationaler in Berlin, v. *Blanck-Potsdam* 468

Enthaltsamkeit, Geschlechtliche v. *Wilh. Hammer-Berlin* 214
Enuresis nocturna v. *Karl Ries-Stuttgart* 30. 111

Frauen-Proteste, Sexual-Hygiene und Libido sexualis von *Carl Alexander-Breslau* 163
Frauentracht und Sexualorgane v. *R. Glitsch-Stuttgart* 337

Geschlecht, Uebergänge zw. d. männl. u. weibl. — v. *Magnus Hirschfeld-Charlottenburg* . . 461
Geschlechtskrankheiten, Aufgaben des Arztes im Kampfe gegen die — v. *L. Eisenstadt-Berlin* 263. 281
—, Zur Prophylaxe der — v. *Vertun-Berlin* 210
Geschlechtsverkehr, außerehelich. v. *Max Marcuse-Berlin* . 266. 296

Seite

Gleitmittel für Katheter, Bougies etc. v. *A. Strauß-Barmen* . . 6
Gonorrhoe, Abortivbehandlung d. akuten — v. *Rob. Lucke-Magdeb.* 380
—, Die interne Behandlung der — v. *S. Boß-Straßburg i. E.* 46. 114
—, Behandlung der weibl. — von *Ferd. Kleinertz-Stuttgart* . . 250
— im Wochenbett v. *H. Lepmann-Stuttgart* 8

Harnröhrenstrikturen, syphilitische v. *C. Adrian-Straßburg* . 101
—, Literatur hierüber . . 108—111
Hetralin v. *Georg Fraenkel-Berlin* 234
Homosexualität, Die Lehre von der — v. *G. Merzbach-Berlin* 16

Impotenz v. *M. Gordon-Hambg.* 22. 63
Jodtherapie v. Hofrat *M. Höfler-Bad Tölz* 200

Katheter, Bougies etc., Gleitmittel für — v. *A. Strauß-Barmen* . 6
Katheterismus v. *G. Brendel-Würzburg* und *Bad Kreuznach* 182

Libido sexualis, Frauen-Proteste u. Sexual-Hygiene von *Carl Alexander-Breslau* 163

Moral, sexuelle — v. *F. Siebert-München* 277
Mundhöhle, Pflege ders. bei Syphilis — v. *E. Reif-Stuttgart* . 27

Nierenerkrankungen, Diagnose u. Kasuistik der — v. *M. von Margulies-Odessa* . 350. 366. 411. 501
—, chronische v. *Georg Berg-Frankfurt a. M.* 406
Nierenkrankheiten, Quartalsbericht über — v. *L. Weil-Stuttgart* 373. 443. 518
—, Gefrierpunkt des Urins bei, v. *L. Weil-Stuttgart* 12

Digitized by Google

Seite

Phlebitis gonorrhoica, Ueber — v. *F. J. Palm-Berlin* 127
—, Literatur der bisher beobachteten Fälle 130. 131
Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten v. *Vertun-Berlin* . . . 210
Prostata-Abszeß'es, Zur Therapie des — v. *E. Warschauer-Berlin* 326
Prostatahypertrophie, Ueber Sondenbehandlung der, v. *A. Strauß-Barmen* 158
Prostitution, Zur Aetiologie der — v. *W. Hanauer-Frankfurt a. M.* 70
Prostitution in New-York — v. Fln. *A. Pappritz-Berlin* . . . 218
Pyelitis, Hetralin als Mittel gegen, v. *Georg Fraenkel-Berlin* . . 234

Schwefelwasserstoffgährung des Harns v. *Carl Doctor-Budapest* 382
Sexual-Hygiene, Frauen-Proteste u. Libido sex., v. *Carl Alexander-Breslau* 163
Sexualorgane und Frauentracht v. *R. Glitsch-Stuttgart* 337
Sondenbehandlung bei Prostatahypertrophie v. *A. Strauß-Barmen* 158
Syphilis, Pflege der Mundhöhle bei, v. *E. Reif-Stuttgart* 27
Syphilis-Diagnose, Anamnese in der — v. *Orlipski-Halberstadt* 185
—-Prophylaxe von *Heinr. Loeb-Mannheim* 245

Ulcus molle, Ueber das — von *F. Hammer-Stuttgart* 119
—, Zur Therapie des — v. *K. Jooß-München* 455
Uranismus eines jungen Mädchens, v. *Wilh. Hammer-Berlin* . . . 329
Urin, Gefrierpunkt des, v. *L. Weil-Stuttgart* 12
Urogenitaltuberkulose v. *Georg Berg-Frankfurt a. M.* . . 151. 230
Urologenkongreß, Der VII. französ., v. *Goldberg-Köln-Wildungen* 94. 156

II. Referate.

Albarran, Prof., Die Haematurie. *Loeb-Köln* 363
— *-Paris*, Ueber Blutungen aus der Urethra und der Prostata. *Blanck-Potsdam* 489
Alexander, Carl, Breslau, Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei. *F. Epstein-Breslau* 225
Arnemann, E.O., Großschweidnitz, Die Anomalien des Geschlechtstriebes. *Bernh. Schulze-Kiel* . 224

Babinski et Boisseau, Incontinence d'urine guérie par la ponction lombaire. *Immerwahr-Berlin* . 271
Bakes, J., Neues Verfahren zur operativen Therapie der chron. Nephritis. *Schwab-Hamburg* . 269
Bekämpfung, Die, der Prostitution der Frauen- und Geschlechtskrankheiten durch fortgeschrittene Emanzipationsdamen. (*Ungenannt*) 83
Berg, A. A.-Neujork, Beitrag zur radikalen Operation bösartiger Neubildungen der Blase. *Schwab-Hamburg* 487
Besing, F., Die Behandlung der acuten und chron. Gonorrhoe des Mannes. *Steiner-Mannheim.* 272
Bloch, Rudolf, Prag, Ueber eigentl. Hauttuberkulose (Tuberc. cutis propria Kaposi) des Penis bei Urogenitaltuberkulose. *Blanck-Potsdam* 272
Blokusewski, Niederbreising, Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. *Schourp-Danzig* . . . 83
Bluhm, Agnes, Erwiderung auf „Erzwungene unfreiwillige Enthaltsamkeit". *J. Marcuse-Mannheim.* 177
Boisseau, M., Traitement de l'incontinence d'urine par la ponction lombaire. *Palm-Berlin* . 487
Borszéky, K., Ueber reflektorische anuria calculosa. *E. Remete-Budapest* 360
Boß-Straßburg, Ueber Gonosan. *Brendel-Würzburg* 79
Bré, Ruth, Erzwungene unfreiwill. Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit. *Bernstein-Kassel* . . . 176
Brugsch, Th., Salicyltherapie bei Nierenentzündung. *H. Wolf-Freiburg i. Br.* 394
Brüning-Freiburg i. B., Ueber eine neue Methode der Heilung einer durch Trauma entstandenen Harnröhrenverengerung. *H. Wolf-Freiburg* 364

Digitized by Google

Seite

Buraczyński, Andreas, Beitrag zur Lues des Nervensystems. *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* . . 362
Buri, Die übertriebene Furcht vor Kali chloricum. *Steiner-Mannheim* 363
Busch zum, Die Entfernung der vergrößerten Prostata vom hohen Blasenschnitt aus. *Steiner-Mannheim* 364
Busse, O., Ueber Cystennieren u. andereEntwicklungsstörungen der Niere. *Schwab-Hamburg.* 393

Castel, Du, Fongus syphilitique. *F. J. Palm-Berlin* 36
Cnyrim-Frankfurt a. M., Der gemeinsame Abendmahlskelch. *Immerwahr-Berlin* 401
Cnopf, Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Bakteriurie. *Grätzer-Sprottau* 485
Croftan, Alfred C., Experimental Note on the Treatment of Diabetes Medizine *(A. Freudenberg-Berlin)* 361

Djatschkow, St. Petersburg, 2 Fälle von multiplen weichen Schankern. *M. Lubowski - Berlin-Wilmersdorf* 223
— 3 Fälle von weichem Schanker an den Fingern. *M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf* 224
Doctor, Karl, Budapest, Quantitative Beurteilung geringer Eiweißmengen im Harn, mit Rücksicht auf die ärztliche Praxis. *Bernh. Schulze-Kiel* 485
Dombrowski, N. D., Ueber einen Fall von Kryptorchismus und Inkarzeration eines Hodens im Leistenkanal. *M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf* 396

Engelberth, Kopenhagen, Technik der Urethralinjektionen. *Ehrmann-Mannheim* 400
Erb, W., Heidelberg, Sexuelle Abstinenz. *Ehrmann - Mannheim* 81
— Syphilis und Tabes. *Immerwahr-Berlin* 401

Fauld, A. G., Oxygen gas for Cystoscopy. *Rohleder-Leipzig.* 270
Finger, E., Mißerfolge bei der Gonorrhoebehandlung. *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* 223
Freudenberg, Reaktion des Harns bei Phosphaturie. *P. Block-Hannover* 35
—, 25 Fälle der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie. *P. Block-Hannover* 35
—, Behandlung der ammoniakal. Cystitis. *P. Block-Hannover* . 35
—, De la stérilisation des sondes en gomme et en caoutchouc par la vapeur et de leur conservation stérile. *Goldberg-Köln-Wildungen* 271
— u. *Grotjahn,* Der gemeinsame Abendmahlskelch. *Immerwahr-Berlin* 401
Fries, Beitrag zur Kasuistik der Lysolvergiftung. *Steiner-Mannheim* 363
Frisch, von, Wien, Carcinom der Bartholin'schen Drüse. *Lepmann-Stuttgart* 176

Gaucher et Rostaine, Gommes de l'urèthre et du corps caverneux. *Palm-Berlin* 491
Gerhardt, Fall von Alkaptonurie. *E. Graetzer-Sprottau* 76
Gerson, K., Berlin, Unblutige Behandlung der Phimosen. *E. Graetzer-Sprottau* 78
Goldberg, Berthold, Köln - Wildungen, Die keimfreie Aufbewahrung weicher und halbweicher Katheter. *H. Schwerin-Berlin* 362
Gonosan, Ueber, (Sammelreferat). *Richard Wohlauer-Berlin* . . 78
Grilli, Kryoskopie u. Pathogenese der Cataracta senilis. *Drucker-Stuttgart* 394
Gröber, A., Ein Fall von Indigurie mit Auftreten von Indigorot im frisch gelassenen Harn. *Grätzer-Sprottau* 486
Grotjahn, A., Der gemeinsame Abendmahlskelch. *Immerwahr-Berlin* 401
Grünfeld, L., Zur Abhaltung populär - medizinischer Vorträge. *J. Marcuse-Mannheim* 400
Guiteras, Ramon, New-York, The operative treatment of chronic Bright's disease; a second com-

Digitized by Google

Seite

munication based on reports of one hundred and twenty cases. *Blanck-Potsdam* 484
Gusseff, W. J., Moskau, Ueber ein einfaches Verfahren zur sicheren Katheter-Sterilisierung. *Schwab-Hamburg* 490
Guttmann, G., Ueber die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für die Hygiene des Auges, *F. Epstein-Breslau* 225

Hartwig, Marcell, Buffalo, Akute primäre Pyelitis der Säuglinge. *Grätzer-Sprottau* 485
Heusner, L., Barmen, Prostata infrapubica. *Schwab-Hamburg* 222
Hohlfeld, M., Zur Pathologie der Nieren bei den Magendarmerkrankungen der Säuglinge. *Grätzer-Sprottau* 485
Hoke, E., Prag, Urämischer Symptomencomplex. *Schwab-Hamburg* 222

Jordan, M., Zur Pathologie und Therapie der Hodentuberkulose. *Grätzer-Sprottau* 487
Joseph, M., Berlin, Ungewöhnlich lange Incubationsdauer der Gonorrhoe. *Schourp-Danzig* . . 491
Josičnek, Mildenau-Wiesenbad, Ueber Urethral- und Präputialsteine. *E. Grätzer-Sprottau* . 323
— Mineralwasserkuren bei Kindern. *Grätzer-Sprottau* . . . 490

Kalabin, J., Ueber zwei Fälle von Ischias gonorrhoischen Ursprungs. *A. Seelig-Königsberg.* 399
Keyes Jr., Edward L., M. D. of New Jork, Prognosis and treatment of urethral stricture. *Rohleder-Leipzig* 397
Kirchner, M., Soz. Bedeutg. der Volksseuchen. *K. Ries-Stuttgart* 37
Kiss, Julius, Ueber einige einfache Methoden der Gährungs-Zuckerprobe. *Bernhard Schulze-Kiel.* 395
Kögl-Wien, Ueber die Verwertung des Stypticen in der urologischen Praxis. *Loeb-Köln* . . 322
Kolischer, Gustav, Chicago, The mechanic movements in the cystoscopic treatment ofKindney and ureteral diseases. *Blanck-Potsdam* 488
Korányi, A. v., Ueber Nierenblutungen ungewissen Ursprungs. *E. Remete-Budapest* 392
Krause, Paul, Breslau, Zwei Fälle mit Gonococcensepsis mit Nachweis der Gonococcen im Blute bei Lebzeiten der Patienten. *Immerwahr-Berlin* . . 360

Lévai, Josef, Budapest, Ueber die operative Behandlung der Hydrocele vaginalis. *Schulze-Kiel* 489
Liebe, Der Einzelkelch. *Immerwahr-Berlin* 401
Lorand, Arnold, Karlsbad, Die Behandlung der schweren Formen des Diabetes mit besonderer Rücksicht auf die Diätetik. *Bernh. Schulze-Kiel* 395

Margulies, M. von, Odessa, Beitrag zur Frage des Priapismus. *M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf* . 491
Mellin, G., Beitrag zur Kenntnis der Bakteriurie bei Kindern. *Graetzer-Sprottau* 323
Millant, A., Parésie et crises vésicales préataxiques traitées par l'électricité. *Immerwahr-Berlin* 271
Morrow, Prince A., Syphilis und das Berufsgeheimnis des Arztes. *J. Marcuse-Mannheim* 492
Müller, J., Wiesbaden, Mundpflege bei Quecksilberkuren. *Silber-Breslau* 80

Neißer u. Veiel, Breslau, Syphilisübertragungs-Versuche auf Tiere. *Ehrmann-Mannheim* . 80
Neter, E., Weibliche Genitaltuberkulose. *E. Graetzer-Sprottau* 75
Nettleship, E., Ueber Augenveränderungen bei Nierenerkrankungen. *Drucker-Stuttgart* . 176
Nitsch, R. u. *F. Zelenski,* Cystitis im Kindesalter. *Palm-Berlin* . 476

Orlipski, Ed., Halberstadt, Ein Beitrag zur Frage: „Gibt es gonorrhoische Exantheme?" *Autoreferat* 546

Paràdi, F., Uterusgonorrhoe bei Prostituierten. *Brendel-Würzburg* 81

Digitized by Google

Seite

Pavec, Vincenz, Semlin, Ueber Venerie und Syphilis in Bosnien und der Herzegowina. *Blanck-Potsdam* 273
Pollak, E., Wien, Gonorrhoe der paraurethralen Gänge des Weibes. *Schwab-Hamburg* . . . 222
Porosz-Budapest, Die Prostatitis. *Brendel-Würzburg* 77
—, Die Verhütung der Blennorhoe. *Loeb-Köln* 399

Renault, A., Syphilome tertiaire. *Palm-Berlin* 37
—, De l'état constitutionnel des Rheumatisants blennorhagiques. *Palm-Berlin* 491
Richter, E., Plauen, Prophylaxe der Geschlechtkrankheiten. *Schourp-Danzig* 82
Rist, M., Sur quelques cas de balanite à microorganismes strictement anaérobies. *Palm-Berlin* 491
Rostaine et Gaucher, Gommes de l'urèthre et du corps caverneux. *Palm-Berlin* 491
Roth, E., Halle, Der gemeinsame Abendmahlskelch. *Immerwahr-Berlin* 401
Ruver, Ernst, Drei Fälle von rasch aufgetretener Unterernährung auf der Basis von coitus interruptus. *Göbel-Gröda i. Sa.* . 364

Sawyer, J., Birmingham, Diät bei Diabetes. *Freudenberg-Berlin* 361
Schewandin, M. N., Ein Fall von Sarkom eines in der Bauchwunde retinierten Hodens. *M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf* . 486
Schlesinger, H., Frankfurt a. M., Geschlechtliche Aufklärung der Jugend. *Ehrmann-Mannheim* . 82
Schneider, W., Thompson'sche Zweigläserprobe. *Schourp-Danzig* 175
Schwarzkopf, E., Stuttgart, Chron.-nephrit. Prozesse. *R. Wohlauer-Berlin* 77
Schwerin, Hans, Intoxikationspsychose. *Silber-Breslau* . . 75
Sée, Marcel, Paris, Chancres syphilitiques à sièges insolites. *Immerwahr-Berlin* 492
Sicard, M., Injections epidurales et sous arannoïdiennes contre l'incontinence d'urine. *Palm-Berlin* 487

Seite

Siebert, Helmitol, ein neues Harndesinfiziens. *Theod. Baer-Frankfurt a. M.* 80
Simon, Rob. M., Reflex Disturbances Associated with Adherent Prepuce. *A. Freudenberg-Berlin* 397
Sinitzin, Moskau, Ueber einen seltenen Fall von Haemoglobinuria paroxysmalis s. e. frigore. *M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf* . 393
Stolper, L., Ueber Mißbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. *A. Seelig-Königsberg* . 362
Strebel, Behandlung der Gonorrhoe. *Theod. Baer, Frankfurt a. M.* 79
Stricker, L., The Ocular Complications of Bright's Discase. *A. Freudenberg-Berlin* . . . 394
Suter, F. A., Ueber einen autochthonen Paraurethralstein aus phosphorsaurer Ammonikmagnesia. *Schwab, Hamburg* . . 489

Tenny, B., Ueber Ureterensteine. *H. Wolf-Freiburg i. Br.* . . . 393
Thorndike, Paul, Boston, When and how shall we operate for obstructing hypertrophy of the prostate gland? *Rohleder-Leipzig* 270
Treplin, Zwei Fälle von doppelseitigen Nierensteinen. *Hans Schwerin-Berlin* 393

Vas, B., Pest, Das Verhältnis des Diabetes zu den Albuminurien, beziehungsweise zu den Nierenerkrankungen. *Bernh. Schulze-Kiel* 488
Vehmeyer, Hafen a. d. Ems, Zur Behandlung der Phimosen. *K. Ries-Stuttgart* 78
Veiel und Neißer, Breslau, Syphilis-Uebertragungsversuche auf Tiere. *Ehrmann-Mannheim* . 88

Walaschko, G. A., Ueber einen Fall von Lymphangiom der Niere. *M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf* 484
Waelsch, Ludwig, Prag, Paranoische Znstände bei Spyhilis. *Blanck-Potsdam* 493
Weik, Stuttgart, Ueber gonorrhoische Arthritis. *Immerwahr-Berlin* 177

	Seite
Weil, L., Ueber Diät bei Nierenkrankheiten. *K. Ries-Stuttgart.*	35
Young, Verengerung des unteren Endes des Harnleiters. *Goldberg-Köln-Wildungen*	271
Zappert, J., Ueber Genitalblutungen neugebor. Mädchen. *Graetzer-Sprottau*	323
Zelenski, T. u. *R. Nitsch*, Cystitis im Kindesalter. *E. Graetzer-Sprottau*	76

III. Allgemeines Sachregister.

Erklärung der Abkürzungen: O.-A. = Original-Artikel, — R. = Referat, — S. = Sitzungsbericht, — K. = Kongreß, — B. = Besprechung, — T. = Tagesgeschichte. Das * bedeutet: Zitiertes.

	Seite
Abdomen * . . .	518
Abdominaluntersuchung *	518
Abendmahlskelch (R.)	401
Abortivbehandlg. der Gonorrhoe (O.-A.)	380
Abortivkur * . . .	381
Abortus habitualis nicht luetischer *	208
Abstinenz (R.) . .	81
— sexuelle * .	166. 321
Acid. carbolic. liquef *	123
Adnexe, gonorrh. Erkrankung der * .	260
Adrenalin (O.-A.) .	60
Agurin *	529
Albargin *	380
Albuminurie, cykl. *	376
Algolagnie (O.-A.) .	131
Alkaptonurie (R.) .	76
Angstneurose * . .	321
Antineurose * . .	512
Anuria calculosa (R.)	360
Aquarium, Berliner *	193
Arteriae illiacae ext.*	159
Arteriosklerosis * .	209
Arthritis (R.) . . .	177
Aerzte und Naturforscher, Versammlg. deutscher (K.) * .	246
Aetiologie der Psychop. sexualis * .	22
Aufgaben des Arztes (O.-A.) . . 263.	281
Aufklärung, Geschl. (R.)	82
Bakterium coli commune (O.-A.) . .	382
Bakteriurie (R.) . .	485
— b. Kindern (R.) .	323
Balanite à microorganismes strictement anaérobies (R.)	492
Balneolog. Briefe *	204
Barlow'sche Krankh.*	157
Bartholinisch. Drüse*	255
Binz'sche Formel *	201
Blase *	253
—, Erkrankung. der *	98
—, Operat. bösart. Neubildgn. der (R.)	487
Blasentuberkulose (O.-A.)	142
Blennorhoe (R.) . .	399
— d. Sexualorgane *	52. 57
Bordellfrage (O.-A.)	133
Bright's Discase (R.)	394. 484
Buch für Eltern, Ein — (B.)	139
Canthariden * . .	524
Carcinom * (R.) . .	176
Castration, Die * .	159
Cataracta senilis (R.)	394
Cervixkatarrh * . .	256
Chancre uretral, Le *	101
Chancres (R.) . . .	492
Chapoteau'sche Formel *	49
Christiania, medizin. Fakultät der Univ. *	298
Circumcision (O.-A.)	245
Coitus reservatus (S.) *	321
Coelibat, das * . .	168
Condylomata acuminata *	255
Copaibalsam * . .	524
Cystennieren (R.) .	392
Cystin *	388
Cystitis (O.-A.) . .	234
—, amoniakalische (R.)	35
— im Kindesalter (R.)	76
Cystit. Epididym. Urethrit. post. * . .	285
Cystoskop: Albarran's * . .	359
Cystoskop: Brenner's * . . .	359
— Casper's * . . .	359
— Nitze's * . . .	356
Cystoscopic treatment pp. (R.) . .	488
Cystoskopie * . 514.	515
— des Gynäkologen, Die (B.)	499
Cystoscopy (R.) . .	270
Cytotoxin * . . .	170
Dermatologen-Kongreß (O.-A.) (K.) .	468
— V. Intern. (K.) * .	42
Detumescenz * . .	169
Diabetes, Schwere Formen des (R.) .	395
—, Diät bei (R.) . .	361
—, Verhältnis des — zu den Albuminurien bezw. zu den Nierenerkrankungen (R.) . . .	488
— Medicine (R.) . .	361
Dioxybenzol-Hexamethylen-Tetramin *	236
Dometication * . .	462
Drüse, Bartholinisch.*	255
Eclampie * 535. 536.	540
Einspritzungen, Technik der *	284
Eiweißmengen im Harn (R.) . . .	485
Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit, erzwungene (R.) 176.	177
— und Gesundheitsstörung (O.-A.) .	214
Enuresis nocturna (O.-A.) . . . . 30.	111
Epididym. * . . .	285
Erkrankungen, syphylitische, des Nervensystems * . .	206

Digitized by Google

Seite

Erkrankungen, Unverschuldete geschlechtlich. (B.) . 276
Erosion * . . 194. 197
Ethik, Aerztliche * . 322
Evil, The social * . 219
Ex- u. Transsudate * 522
Exantheme, gonorrhoische (R.) . . 546

Flugblatt der D. G. z. B. d. G. * . . . 282
Fongus syphilitique (R.) 36. 37
Fortbildungswesen, ärztl. * 264
Frauen-Föderation Internationale * 164. 168
Frauen- und Geschlechtskrankhtn., Bekämpfung der (R.) 83
Frauenkleidung, Die * 347
Frauenkrankheiten, Erkenntnis u. Behandlung der — * 165
—-Proteste (O.-A.) 163
—-Tracht u. Sexualorgane 337

Gährungs-Zuckerprobe (R.) 395
Gebrechen, Sexuelle (B.) 402
Genitalblutungen (R.) 323
Genitaltuberkulose (R.) 75
Genitalien, Erkrankgn. der — * 95
—, männl. * . . . 322
Geschlecht, männl. u. weibl. (O.-A.) . . 461
Geschlecht und Charakter * 466
Geschlecht, Wider d. dritte (B.) . . . 178
Geschlechtsempfindg. des Weibes, Die mangelhafte — * 165
Geschlechtsfunktion des Mannes * . . 167
Geschlechtsgefühl, Das (B.) 178
Geschlechtskrankheiten, Aufgaben des Arztes bei (O.-A.) 263. 281
— Bekämpfung derselben (T.) . . . 41

Seite

Geschlechtskrankheiten, Zur Prophylaxe der (O.-A.) . 210
—, Zur Prophylaxe der (R.) . . . 82. 83
—, Bedeutung der — für die Hyg. des Auges (R.) . . 225
— Bek. d., Statistik f. d. * 321
—, D. G. z. B. d. (S.) * 163. 164
— mit nervösen Leiden * 321
— des Mannes, Die (B.) 84
——— * 322
—, Lehrb. der (B.) . 498
—, Die — inbezug auf die Volksgesundheit (B.) 180
—, Verhütung von * 286
—, Wesen und Behandlung der — * 281
— und Kurpfuscherei (R.) 225
Geschlechtsleben * 168. 321. 322
Geschlechtsleben's, Hygiene des (B.) . 85
Geschlechtsleben d. Weibes (B.) . . 494
Geschlechtsorgane, Ueber Mißbildgn. der weibl. (R.) . . 362
Geschlechtssinnes, Krankhafte Erscheinungen des — * . 322
Geschlechtstrieb (R.) 224
—, Der * . . 165. 321
—, Der — beim Weibe * 179
— bei Naturvölkern * 179
Geschlechtsverkehr, Außerehelicher (O.-A.) . . 266. 296
Gesellschaft, Berlin. medizinische * 191. 192
—, Dtsch. z. B. d. G. * 264. 281. 299. 310. 322
—, z. B. d. G., Berlin (S.) * 43. 210
—, Dtsch. z. B. d. G., Zweigver. Württemberg der — (S.) . 42
—, Dtsch. z. B. d. G., Mitteilungen der — Merkblatt * . . . 322

Seite

Gestalt d. Menschen, Die * 346
Glasschreibfeder * . 124
Gleitmittel für Katheter (O.-A.) . . . 6
— f. Katheter, Bougies etc. * . . . 162
Gonococcensepsis (R.) 360
Gonorrea col. Gonosan, La cura della * 55
Gonorrhoe, akute, Abortivbehandlung ders. (O.-A.) . . 380
Gonorrhoe, Akute * 283
—, Behandlg. der — durch elek. Glimmlicht (R.) 79
—, chronische * . . 285
—, interne (O.-A.) 46. 114
— des Mannes (R.) 272
——— * 57
— im Puerperium * 262
— des Rektum * . 262
— des Uterus * . . 256
— des Weibes (R.) 222
—, Incubationsdauer der (R.) 491
—, weibliche, Die Behandlg. ders. (O.-A.) 250
— im Wochenbett (O.-A.) 8
— während der Gravidität * 262
— Vorlesgn. üb. die Pathologie u. Therapie der — (B.) . 498
—-Spülsonden * . . 160
—-behandlung, Mißerfolge bei der (R.) 223
Gonosan (R.) . . 78. 79
——— * . . 52—60. 114
— à l'étude du — * 54
—, Sur le * . . . 55
Gravidität * . . . 262
Guajacol * 524

Haematurie (R.) . . 363
——— * 525
Haemoglobinuria (R.) 393
Harnanalyse * . . 538
Harninfektion (B.) . 38
Harnkrankheiten, Therapie der * . 538
Harnleiter-Verengerung (R.) 271
Harnorgane, Zur Pathologie der * . . 375

	Seite
Harnröhre, Erkrankg. der *	94
—, durch Gummen verengt *	103
Harnröhrenstrikturen (O.-A.)	101
Harnröhrenverengerung, Neue Methode zur Heilung der (R.)	364
Harnzylinder *	528
Hautkrankhtn., Die *	205
Hauttuberkulose (R.)	272
Hebra, der ältere *	186
Helmitol (R.)	80
Hemianopsie bei Uraemie *	522
Hetralin (O.-A.)	234
Hexamethylen-Tetramin *	235. 236
Hodentuberkulose (R.)	487
Homosexualität (O.-A.)	16
— (sexuelle Zwischenstufen) (B.)	86. 87
Homosexuelles *	22. 329. 337
Hospital Necker *	516
Hydrocele vaginalis (R.)	489
Hydronephrose *	453
Hydrop *	526
Hygiene, Führt die — zur Entartung der Rasse? (B.)	86
—, üb. die sexuelle *	321
—, Die sexuelle und ihre ethischen Konsequenzen *	165. 173. 321
—, Lehrb. der *	321
—, Ztschr. f. *	389
Hypertension *	519. 521
Hysterie *	321
Ichthargan *	150
Immunität bei Syphilis *	472
Impfversuche mit Syphylis am anthropoiden Affen (B.)	85
Impotenz (O.-A.)	22. 63
— *	298
—, männl. *	322
—, sexuelle männl. u. weibl. *	322
Incontinence d'urine guérie (R.)	271
—, Injections etc. (R.)	487
—, Traitement etc.	487
Incontinentia Urinae (wahre Incontin. falsche „ oder incont. paradoxa) *	30
Indigurie (R.)	486
Injektionstherapie *	380
Initialaffekte *	191
Inoculationen an e. anthrop. Affen *	193
Instinct sexuel, L'I.— (B.)	227
Institut Pasteur *	391
Intoxikationspsychose nach Injektion von Jodoform (R.)	75
Ischias gonorrhoisch. Ursprungs (R.)	399
Jodakne *	203. 204
Jodpräparate *	200—209
Jodtherapie (O.-A.)	200
Kali chloricum (R.)	363
Kartoffelgelatine *	389
Kastration, Die *	159. 321
Katheter-Aufbewahrung (R.)	362
—, Bougies, Gleitmittel für (O.-A.)	6
—Sterilisierung (R.)	490
Katheterismus (O.-A.)	182
Keimplasma *	462
Kidney, Mechanic movements (R.)	488
Kleidung, Ueber die Einwirkung einengender — auf die Unterleibsorgane des Weibes (B.)	402
— *	341
Komitee, wissensch.-humanit., zur Aufhebung des § 175 des Reichsstrafgesetzbuches *	337
Komplikationen *	253
Kongreß der D. G. z. B. d. G. (K.) *	321
Kongreß, Frankfurter der G. z. B. d. G. (K.*)	299
Kontrektation *	169
Körperformen, Die — in Kunst u. Leben der Japaner *	347
Korsett und Reformkleidung *	340
Krankheiten, Lehrb. der venerischen *	57
— und Ehe (B.)	39
Kryoskopie *	443
Kryptorchismus (R.)	396
Kultur des weibl. Körpers als Grundlage der Frauenkleidung *	337
Kurpfuscherfrage, die (T.) *	90
Kystoskop *	91
Lex Heintze *	211
Libido sexualis (O.-A.)	163
— *	166. 322
Liebe u. Liebesleben im 19. Jahrh. *	322
Liebesleben in der Natur *	174
London Lancet *	321
Lues (R.)	362
Lymphangion (R.)	484
Lysolvergiftung (R.)	363
Mädchenhändl. (T.) *	90
Mal. des org. génito-urinaires, Annales des *	167
Medical vide *	322
Mensch, D. urnische *	22
Merkblatt der D. G. z. B. d. G. *	163. 210. 214
Methylenblaureakt. *	386
Mikroskopie und Chemie am Krankenbett *	538
Mineralwasserkuren bei Kindern (R.)	490
Moral, ärztliche *	278
— sexuelle (O.-A.)	277
— sexuelle und sex. Hygiene *	322
Morality, Our *	322
Mundhöhle, Pflege ders. (O.-A.)	27
Mundpflege bei Quecksilberkuren (R.)	80
Mutterrecht (B.)	404
Naturae frigidae *	169
Nephrektomie *	513
Néphrites médical. *	542
—, Akute *	13
—, chron.-parenchymatöse *	14
Nephritis (R.)	269

Digitized by Google

Seite

Nephritis * 407
Nervenleiden und Sexualleben * . . 321
Nervenschwäche * . 321
Nervensystem, Krankheiten des * 321
Neurasthenie * . . 321
—, sex. * 167
—, sex. * 322
Neuropathie, sexuelle * . . . 167. 321
Neuropathia sexualis feminarum * . . 321
Neuropsychosen * . 321
Neurosen, Genitale * 321
— und Psychosen * . 321
Nieren, Erkrank. der * 157
—, Zur Pathologie der (R.) 485
Nierenblutung * . . 407
Nierenblutungen (R.) 392
Nierenerkrankungen, Augenveränderungen bei — (R.) . . . 176
—, chirurg. (O.-A.) . 350 366. 411. 501
—, chron. (O.-A.) . 406
Nierenkolik * . . . 407
Nierenkrankheiten * . 540
—, Diät, bei — (R.) . 35
—, Gefrierpunkt des Urins bei (O.-A) . 12
—, Quartalsbericht über — (O.-A.) 373. 443 518
Nierenparenchym * . 407
Nierenspaltung * . . 407
Nierenstein (R.) . . 393
Nierenverletzungen gerichtsärztliche * 538
Novarganlösungen * 380

Ol. santal. ostind. * 50
Oele, Die äther. * . 49
Onanie * 167
Organs, reproductive, On the * 173

Palpation des Abdomens * . . 518
Paraurethralstein (R.) 489
Parésie et crises vésicales (R.) . . . 272
Pasteur-Institut * . . 193
Peritoneum * . . . 260
Pharmakologie und Toxikologie * . . 201
Phenol * 236
Phimosen (R.) . . 78
Phlebitis gonorrhoica (O.-A.) 127
Phosphaturie (R.) . 35
Physiologisches * 170. 321
Playfair'sche Sonde * 257
Précis d'Urologie clinique (B.) . . 494
Priapismus (R.) . . 491
Primäraffekte, Syphilitische * 194
Professoren Kolleg., Wien mediz. (S.) * 91
Prophylaxe * . . . 247
— der Geschl.-Krankh. (O.-A) 210
Prostata, Erkrankgn. der * 96
Prostata-Abszesses, Zur Therapie des (O.-A.) 326
—, Entfernung d. vergröß. (R.) . . . 364
Prostatahypertrophie, Ueber Sondenbehandlg. der (O.-A.) 158
—, 25 Operations-Fälle bei — (R.) . 35
— * 160
Prostate gland (R.) 270
Prostatis (R.) . . . 77
Prostatomia infrapubica (R.) 222
Prostitution, Aetiologie der — (O.-A.) 70
—, Bekämpfung, der (R.) 83
—, Die in New-York (O.-A.) 218
Prostitution in Frkft. a. M., Gesch. d. (B). 275
— in Kiew * . . . 321
— in Paris * . . . 73
— Beziehungen der zum Verbrechen . 72
Prostitution, Reglementierung der * 168. 174
— und Staatsgewalt * 172
Protargol * 380
Psichiatrie, Arch. f. * 321
Prozesse, chron.-nephrit. (R.) . . . 77
Psychopathia sex. * . . 22, 165, 321
Pschosen und Neur. * 321
Puerperium * . . . 262
Pyelitis (R.) . . . 9
— (O.-A.) 234

Quecksilber * . 208. 287

Raines Law * . 218. 221
Rassenschönheit des Weibes * 347
Reflex Disturbances etc. (R.) 397
Reform-Moden * . . 348
Reformtracht oder Normaltracht? * . 345
Rektum, Die Gonorrhoe des * . . . 262
Rheumatisants, blennorhaguiques (R.) 491
Rhodan-Kalium * . . 388
Rückenmarks-Krankheiten * 321
Ruptur d. linken Niere * 538

Sade, Marquis de und seine Zeit (B.) . . 41
Salicyltherapie (R.) . 393
Samenfieber * . . . 306
Samenkoller * . 170. 306
Samenverluste * . . 321
Sandelholzöl * . . . 49
Sandelöl * . . 48. 50. 41
Sänger'sche Sonde * 257
Santal ol. ostind. * . 50
Santalol * 49
—-gehalt * 51
Sarkom (R.) . . . 486
Schanker, 2 Fälle v. multipl. (R.) . . . 223
—, 3 Fälle an Fingern (R.) 224
Schankergeschwüre * 286
Scharlachnierenentzündung * 13
Schilddrüsen-Hyperplasie * 208
Schmidt's Jahrbuch * 202
Schönheit des weibl. Körpers * . 346. 347
Schularzt'es, Auch eine Aufgabe des (B.) 139
Schwangerschaft, Syphilis in der — (B) 225
Schwefelsäure * . . 388
Schwefelwasserstoff * 388
Schwefelwasserstoffgährung (O.-A.) . 382

Digitized by Google

Seite

Scotis alba * . . . 143
Selenin Klebs * 147. 149
Sesquiterpen-Alkohol * 49
Sexualempfindung, konträre (B) * . . 178
— * 22. 322
Sexual-Hygiene (O.-A.) 163
Sexualität i. d. Aetiologie der Neurosen * 321
Sexualleben u. Nervenleiden * . . . 321
Sexualorgane, Blennorhoe der — * 52. 57
Sexualorgane (O.-A.) 337
Sexualtrieb u. Sexualleben * 321
Sittlichkeits-Initiative (Wiedereinführung d. Toleranzhäuser) (T.) * 43
Sonde (Playfair'sche) * 257
— (Sänger'sche) * . 257
Sondenbehandlg. bei Prostatahypertrophie (O.-A.) 158
Sondes, Stérilisation des — (R.) . . . 271
Spermatorrhoe * . . 298
Spülsonden * . . . 160
Staatskinder od. Mutterrecht? (B). . . 404
Stricture urethral (R.) 397
Studien, Kriminalpsychologische * . . 167
Stuhlverstopfung, habituelle b. Weibe * 322
Stypticin (R.) . . . 322
Sublimat * 148
Suggestionstherapie, Die * 322
Symptomencomplex, urämischer (R.) . 222
— * 518
Syphilis * . . 191. 198
— d'emblée * . . . 191
—-Diagnose * . . 190
Syphilis-Diagn. (O.-A.) 185
—, Pflege der Mundhöhle bei — (O.-A.) 27
—, Paranoische Zustände bei — (R.) 493
Syphilis-Prophylaxe (O.-A.) 245
— -Uebertragungsversuche (R.) . . . 80

Seite

Syphilis und das Berufsgeheimnis des Arztes (R.) . . . 492
— und Tabes (R.) . 401
—, Ueber Impfversuche mit —, am anthropoiden Affen (B.) 85
—-Virus * 198
— in der Schwangerschaft, Die (B.) . 225
— u. vener. Krankh., Therapie der — * 322
Syphilome (R.) . . 37

Theobronainpräparate * 529
Theocin * . . 529. 530
Theophylin * . 529. 530
Thigenol—La Roche* 259
Thompson'sche Zweigläserprobe (R.) . 175
Transit-Infektion * 198. 199
Tripper, Diagnose und Therapie des * . 47. 57
Troicart, ein * . . . 327
Tuberkulocidin * . . 147
Thyphusbazillus * . 389

Ulcus molle (O.-A.) 119
—, Therapie des — (O.-A.) 455
Unterernährung (R.) 364
Unterleibsorgane des Weibes, Ueber die Einwirkung der engenden Kleidung auf die — (B.) . . 402
— * 341
Urämie * 15
Uranismus (O.-A.) . 329
Ureterenkatheterismus * . . . 367. 368
Ureterensteine (R.) . 393
Urethra, Seltenheit tertiärer Erscheinungen in d. männlichen * 102
—, Ueber Blutungen aus der (R.) . . . 489
—, die gonorrhoische Erkrankung der * . 251
Urethralgummata* 102. 103
Urethralinjektionen (R.) 400

Seite

Urethralschanker * . 101
Urethral- u. Präputialsteine (R.) . . . 323
Urèthre, Gommes de (R.) 492
Urethritis interstitialis Chronica Le Fur* 94
Urethrit. post. * . . 285
Urethroblenorrhoe * 55
Urin, Gefrierpunkt des — (O.-A.) . . 12
Urine, La séparation de l'u., — des deux reins (B.) 273
Urogenitaltuberkulose (O.-A.) . . . 151. 230
Urologen-Kongreß, Vom VII. französ. (O.-A.) K. . . . 151
—, Der VII. französ. in Paris (O.-A.) (K.) 94. 156
Urologie clinique * . 538
Uterus, Gonorrhoe des * 256
Uterusgonorrhoe bei Prostituierten (R.) 81
Utropin * . . . 235. 524

Vagina, Erkrankung der * 256
Vasectomie, Die * . 159
Venerie und Syphilis (R.) 273
Virilidad, De la * . 321
Viro * 211. 312
Volksseuchen (R.) . 37
Vorträge, Zur Abhaltung popul.-mediz. (R.) 493
Vulgo vaginitis * . . 254

Wanderniere * . . . 453
Weiberregiment in Pfarrhäusern, Das * 168

Zentralkomitee für das ärztl. Fortbildungswesen in Preussen * . . . 264
Zwischenstufen, sexuelle (B.) . . 86. 87
—, Jahrbuch für * . 22

IV. Namen-Register.

Bei den Namen der Verfasser von Original-Arbeiten ist: O.-A. vermerkt.
" " " " " " " Referaten — " : R. "
" " " " " " " Besprechungen — " : B. "
Alle weiteren (auch durch andere Schrift gekennzeichneten) Namen sind: nur zitierte!

Seite

Achard . . . 351. 528
Acheux 131
Acton 173
Adler 165
Adrian, C., Straßburg i. Els., O.-A. . . . 101
Aktienges. f. Feinmechanik, Tuttlingen 160
Albarran 102. 108. 152. 157. 230. 232. 357. 359. 407. 419. 428. 429. 430. 516. 517. 524. 525
Alexander, Carl, Breslau, O.-A. 163
Alexander, Carl 288. 318. 322
Alkan 530
Allen 108
Ambard 521
André 538
Arnheim 530
Asahi 479
Ascoli 539
Aubertin 520
Auspitz 185
Autenrieth, C. F., Stuttgart 124

Bacelli 532
Baer, Theodor, Frankfurt a. M., R. . . 79
Baginsky 419
Balistreri . . 382. 391
Ballowitz 360
Balthazard 353
Banzet 149
Barlow 157
Bärmann . . 481. 482
Barth 412. 413
Barthéelémy . 108. 479
Batus 131
Baumgarten . . 72. 428
Baumgärtner . . . 259
Bäumler 185
Bazy 525
Beale, L. S 307. 321. 322
Beard, G. M . 301. 321
Beaujard 521
Beer 538
Benario . . . 311. 322
Benda, C. 479
Bendix 531

Seite

Beneke 204
Benninghoven . . 54
Berg, Gg., Frankfurt a. M., O.-A. . 151 230. 406
Berger, O. . . . 296. 321
Bergh (Kopenhagen) 190. 194. 198
Bergmann 108
Bernard . . . 157. 231
Bernstein, Kassel, R. 177
Bettmann 381
Betz . . 383. 384. 391
Bianchi 351
Bieber-Böhm, Frau . 210
Bier 159. 234
Bilz 288
Blanck, Potsdam, O.-A. 468
— R. . 222 272. 273. 484 488. 489. 493
Blaschko 210. 289. 312. 322
Bloch 22. 48
Block, F., Hannover, R. 35
— *B.* 178. 180
Blokusewski, Niederbreissig a. Rh. (B.) 139
Blondel 202
Bobrow, W. . . . 353
Boeckh, v. 207
Bölsche, Wilh. . . 174
Boltenstern . 530. 531
Bonhöffer 72
Boß, S., Straßburg i. E., O.-A. . . . 46. 114
Bouilly . . 102. 105. 108
Bozemann 357
Bramann . . 108. 110
Breitenstein . . . 246
Brendel, G., Würzburg-Bad Kreuznach O.-A. 182
— R. . . . 77. 79. 81
Brenner 359
Bright . . 407. 410. 411
Broatbent 529
Broca 374
Brohl 150
Bronson . . . 102. 108
Brugsch, Theodor . 375
Bruhns . . 192. 474. 479
Bruns 108

Seite

Büngner, von . . . 234
Burns, Robert . . . 174
Buschke . . 471. 481. 482

Calvo, Arturo . . . 378
Canitz 288
Carle (Lyon) . . . 480
Caspar 449
Casper, L. 8. 108. 143. 145 147. 149. 352. 355. 359 514. 516
Castaigne 351
Catanens 198
Cathelin . . 113. 158. 538
Cavaillon . . 534. 537
Charrin 376
Chautemesse . 389. 391
Chentinski 441
Chrzelitzer, Posen, B. 276
Cipollnia 475
Clado 143
Claude . . . 353. 520
Cohn, J., Berlin, O.-A. 60
Conrady, A. . . . 50
Coppens, Charles, (Omaha) 278
Cordier, (Lyon) . . 191
Cornet 528
Corpechot 376
Curschmann . 303. 322
Curtis, J. L. . 301. 321
Czerny . . . 407. 429

Danlos 191
Darwin 462
Delagenière . . . 150
Dentu, Le 350
Desnos 143
Diakorow 384
Didal 389. 391
Dienst . . . 535. 536
Dieudomie . . 390. 391
Dittel 108
Doktor, Carl, Budapest, O.-A. . . . 382
Dopfer 520
Döring 454
Droste, Hönningen a. Rh. (B.) 549
Drucker, Stuttgart, R. 176. 394
Dufour 520

tized by Google

Seite

Dühring, von (Kiel) 210. 475
Dumesnil 110
Dupouy 52
Dupré 522
Durante 108

Ebermann 357
Echtermeyer 288
Edebohls 158. 407. 525. 534. 546
Effertz, O. . . . 307. 322
Ehrlich 536
Ehrmann 479
Ehrmann, Mannheim, R. . . 80. 81. 82. 400
Eisenstadt, L., Berlin, O.-A. . . . 263. 281
Elschnig 379
Elsner . . . 389. 391
Emmet 357
Emminghaus 383. 384. 391
Epstein, Ferd., Breslau, R. 225
— *B.*, ... 85. 86
Erb (Heidelberg) 166. 298. 299. 301. 303. 316. 321
Erlenmayer 202
Esch 532
Eulenburg . 167. 298. 321

Faber, A. W., Berlin 124
Fahr 538
Faitout 108
Fenwick 357
Féré-Bicêtre 167
Ferguson (Chicago) . 408
Fernel 198
Ferrannini 521
Feulard 197
Fewson 538
Finger . . 52. 57. 108
Fischer, Emil 386. 388. 391
Flesch 210
Flesch, Max, B. . . . 494
Forel, A. . . 298. 321
Fournier 101. 102. 104. 109. 188
Frank 94
Frank, Ernst, R. W., Berlin, B. 273
Fraenkel, Gg., Berlin, O.-A. 234
Fränkel, Sigm. . . . 538
Fraue 391
Freeland 248
Freud 301. 321

Seite

Freudenberg A., Berlin, R. . 361. 394. 397
— *(B.)* 38
Freund . . . 376. 480
Freyer 149
Friedländer, M. . . . 53
Frieser, J. W. (Wien) 55
Fritsch, G. 259. 345—348
Fromme 382
Fur, Le 151. 152. 157. 231. 232
Fürbringer . . . 48. 167

Gandier 479
Garcin 419
Gärtner 462
Gattel, F. 301. 302. 321
Gebert 109
Gebert, Berlin, B. 85. 275
Gellert, Alex. . . . 524
Gerber 194
Gerota 474
Gesellschaft, Dtsche. zur Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten, Merkblatt 163. 214
Gildemeister . . 49. 51
Gladstone 175
Glantenay 102. 104. 109
Glitsch, R., Stuttgart, O.-A. 337
Göbel, Göda i. S., R. 364
Goebell . . . 449. 450
Goldberg, B. . . . 8
Goldberg, B., Köln-Wildungen, O.-A. 94. 156
— R. 271
Goldscheider . . . 52
Gonget 131
Gordon, M., Hamburg, O.-A. 22. 63
Gouget 519
Gourand 520
Gower . . . 298. 321
Graetzer, E., Sprottau, R. 75. 76. 77. 78. 323. 485. 486. 487. 490
Grawitz 538
Grenat 374
Gröber 523
Grönbeck 113
Gröndahl 451
Groslick 512
Grube, Karl . 321. 527
Grünfeld 107. 109. 191. 358
Guépin 375
Guinon 374

Seite

Guiteras 533
Günther . . . 390. 391
Gußenbauer 234
Gusserow 216
Güterbock . . 109. 160
Guttmann 383
Guyon 109. 143. 148. 160. 167. 357. 368. 407. 505. 510
Gystrow, Ernst 305. 322
Gyurkowechky 303. 322

Hacker 210
Hallé 152. 157. 233. 357. 419
Hallopeau (Paris) . 468
Hammarsten, Olaf . 455
Hammer, F., Stuttgart, O.-A. 119
— *Wilh.*, Berlin, O.-A. 131. 214. 329
— *B.*, ... 404
Hammer, W. (Berlin) 304
Hammond, W. A. 303. 322
Hanauer, W., Frankfurt a. M., O.-A. . 70
Hansemann, von 473. 478. 480
Hansen . . . 153. 451
Harrison 357
Härtling 391
Hastreiter, J. . 312. 322
Hauck 538
Hebra 457
Hegar, Alfred 165. 298. 321. 357
Heidthaler 209
Heigl, Ferd. . . . 168
Heinz . . . 207. 208
Heller . 129. 131. 303. 329. 384
Hellström . . 390. 391
Hennig 208
Heubner 419
Heuß 194
Heyden, chem. Fabrik (Dresden-Radebeul) 380
Hippokrates . . . 298
Hirsch 201
Hirschfeld, Magnus 22. 334
Hirschfeld, Magnus, Charlottenbg., O.-A. 461
Hoffmann, Aug. . . 109
Hoffmann . 49. 51. 479
Hoefle 384
Höfler, M., Bad Tölz, O.-A. 200

Seite

Högerstedt 377
Hoke 518
Holz 389. 391
Hubbard 412
Humbert . . 108. 109
Hunter 195
Huppert 388
Hutchison . . 247. 248

Illges 451. 452
Immerwahr, Berlin, R. 178. 271. 272. 360 401. 492
Isnardi 159
Israel, James 367. 407. 411 413. 429. 431. 433. 443 507. 508. 510. 513. 515 517
Jacquet 529
Jadassohn 481
Jaksch . . . 383. 391
Jamin 143. 148
Jarisch 205
Jastrowitz, M. 170. 299. 301 306. 321. 453.
Jetter & Scheerer, Tuttlingen . . . 160
Johnson . . . 102. 109
Jong, de 538
Jooß, K., München,
Joseph, Max., 109. 190. 247 448. 449.
Joseph, Max., O.-A. . 455
Joeßel, G. 465
Josué 519
Jullien 109
Juquelier 523

Kabluttow 538
Kannamüller, L. (Paß.) 278
Kaposi, Wien . 109. 195
Kapsammer . 448. 450
Karo 448. 450
Karphus, J. . . 383. 391
Kehrer . . . 320. 322
Kelly 358
Kiesewetter . . . 348
Kirchner . . . 210. 289
Kitasato . . . 389. 391
Klaus 451
Klebs . . 147. 149. 419
Kleinertz, Ferd., Stuttgart, O.-A. . . . 250
Klieneberger . . . 374
Kocher 350
Koenig 234
Köppe . . . 379. 445

Seite

Korányi . 353. 443. 444 445. 446
Kornfeld 55
Köster . . . 206. 526
Kövesi . . . 451. 452
Krafft-Ebing (Wien) 16. 22 301. 303. 321
Kraus, O. 8
Krebs 366
Krefting 110
Kroenig 202
Krüger . 147. 149. 150
Krupp 334
Kümmel, H. 429. 540 542
Kuschnir 527
Küsel 54
Küster . . . 407. 513
Kutner . 291. 292. 293

Laa, Arnold . . . 525
Labbé 523
Lallemand 298. 301. 308. 321
Lamy 520
Landouzy 197
Lang . 102. 104. 107. 110
Laroche 428
Lassar . . 191. 193. 472
Laube 383
Laufer 521
Laurent 412
Lauth 386
Lazarus 235
Lecointe 523
Le Dentu 350
Ledermann 235
Le Fur 151. 152. 157. 231. 232
Leguen 407
Lejar 442
Lenhartz 538
Le Nouëne, Leopold 534
Lepmann, H., Stuttgart, O.-A. . . . 8
— R. 176
Lequin 158
Lesser, Fr. 110. 190. 471. 473. 480
Leube 378. 391
Leubuscher 48
Lewin, A. . . . 52. 148
—, L. 196
Liepmann 539
Linhart 48
Linser . . . 481. 482
Litzmann 165
Loeb, Heinr., Mannheim, O.-A. . . . 245

Seite

Loeb, Köln, R. 322. 363. 399
Lohnstein, H. . . 59. 235
Lombroso . . . 72. 73
Lomer 208
Lop 131
Loumeau 110
Loewenfeld, L., München, B. 227
Loewenfeld, L. 302. 303 307. 321
Löwenhard 453
Lubowski, M., Berlin-Wilmersdf., R. 223. 224 393. 396. 484. 486. 491
Lucke, Rob., Magdeburg, O.-A. . . . 380
Luther . 168. 214. 216
Lütkje 375

Maaßen 382
Mandelstamm, J., G. 414. 431. 502
Mankiewicz . . . 360
Mannino 479
Marcuse, J., Mannheim, R. 177. 492. 493
—, B. 139
— *Max*, Berlin, O.-A. 266 296
Margouliès, de . . 108
Margulies, M. von, Odessa, O.-A. 350. 366 411. 501
Martel 130
Martinet 453
Maßen 391
Mauriac . 102. 110. 197
Mauté 452
Meißner 213
Ménétrier 519
Menge . . . 341. 349
Merck 530
Merklen . . . 519. 521
Merzbach, G., Berlin, O.-A. 16
— B. . . 39. 41. 86. 87
Metschnikoff 193. 472. 475
Meyer, Lübeck, B. . 494
Meyer, V. . 48. 55. 114
Meyer-Wirz . . . 540
Meyerhardt 48
Michaelis 110
Micheli 454
Michels, R. . . 312. 322
Mikulicz 108
Modlinski 514
Moffitt 538

Digitized by Google

Seite

Moizard 374
Moll, Alb., Berlin, B. 178
Moll (Albert) 22. 166. 167 169. 303. 307. 308. 309 314. 316. 317. 321. 322
Monteux 131
Montford 148
Morris, Max 350. 382. 389 391. 538
Motz 142. 481
Mühsam 22
Müller, E. 391
Müller, F. 383. 384. 385
Müller, Julius (Wiesbaden) 482
Müllerheim's Klinik u. Poliklinik, Berlin 234. 235
Munk, J. . . . 384. 391

Nagelschmidt . . 471. 472
Nankevell 201
Necker 516
Neisser 123. 129. 163. 188. 210. 213. 289. 321. 454. 472. 475.
Neugebauer, von (Warschau) . . . 463
Neumann, H. (Berlin) 283
Neumann, Wien, 110. 358. 473.
Nicholson 536
Niederberger, B. (Chur) 278
Nissen, van 473
Nitze . . 355. 358. 359.
Noorden . . 445. 526.
Nothnagel 110
Notta . . . . 102. 110.
Nouëne, Leopold-Le 534
Nunn 110
Nyström, A. . 304. 322

Oberländer . . . 112
Ohmann 110
Oppenheim (Wien) . 474
Orlipski, Ed., Halberst. O.-A. 185
— (Auto-R.) . . . 546

Padoa 528
Paget, James 298. 307. 321
Palm, F. J., Berlin, O.-A. 127
— R. 36. 37. 37. 447. 491. 492
Pappritz, Fln. A., Berlin, O.-A. 218
Pappritz, Anna 168. 174
Parent-Duchatelet . 73

Seite

Pasteau 158
Pasteur . 382. 391. 516
Patel 537
Patri 391
Pauli 208
Paulsen 475
Pawlick 358
Pentzoldt-Stintzing . 191
Peter, R. 50
Petit, J. L. . . . 31. 510
Petri 382
Petrini 479
Pick (Prag) . 190. 522
Pickard 518
Piorkowsky (Berlin) 115
Platen 288
Plaveć 529
Play, de 376
Playfair 257
Plonski 191
Ploß, H. . . . 216. 304
Polk 357
Pollak 512
Pollock, H., Freiburg, Br. (B.) 498
Porosz 167
Posner . . 48. 419 538
Poußon 157. 158. 232. 407 542 546
Powell, A. 246
Praxin 143

Quinke . . . 375. 453

Ramm und White . 159
Rammstedt 108
Ranke . . . 382. 391
Rayer 350. 360. 419. 442
Reche 529
Reif, E., Stuttgart, O.-A. 27
Reißner 53
Reisz, Wladislaus . 194
Remete, E., Budapest, R. 360. 392
Renault, Al. 102. 104. 108 109. 110. 474. 479. 533
Renvers 478
Ribbing, Seved 165. 173 298. 321
Richter . 192. 352. 449
Ricord 190
Riehl 48
Ries, K., Stuttgart, O.-A. . . . 30. 111
— R. . . . 35. 37. 78
—, B. 84
Risso (Genua) 475. 483

Seite

Rohleder, H. 297. 298. 300 301. 307. 321
Rohleder, Leipzig, R. 270 397
—, B. 402
Röhrig, Fritz . 147. 149
Rosenberg 48
Rosenheim 383
Rosenthal, O. 312. 322. 474. 480
Rovsing 516
Rubner 298. 321. 382. 391
Rumpf 206
Rzentkowski . 522. 532

Saalfeld 55. 115
Salinger 322
Samuel 187
Sands 357
Sänger 257
Sanné 52
Santi, de 102. 105. 108. 109
Saxtorph 152
Scheel, Viktor 451. 452
Schilcher 54
Schlagintweit . 450. 451
Schlange 234
Schleich 207
Schmidt . . . 481. 525
Schmidt, J. de Mons 54. 115
Schmidtmann . . . 210
Schmitt 530
Scholtz . . . 481. 482
Schönberg, Alb. . . 481
Schourp, Danzig, R. 83 176. 491
Schrenk-Notzing 167. 303 322
Schultze, Paul (Naumburg) . 337. 345
Schulze, Bernhard, Kiel, R. 224. 395. 485 488. 489
Schwab, W. v., Hamburg, R. 222. 223. 269 392. 487. 489. 490
Schweizer, Rechtsanwalt, Stuttgart, O.-A. 133
Schwenk 293
Schwerin, Hans, Berlin, R. . . . 362. 393
Secchi 205
Seelig, A., Königsbg., i. Pr., R. 223. 362. 399
Seidmann 434
Senator 191. 383. 384. 391 454

Seite

Sertoli . . . 384. 891
Severus, Heinr. . . 172
Seydel 535
Siebert, F. . . 303. 322
Siebert, F., München, O.-A. 277
Sigel 530
Silber 281
Silber, Breslau, R. 75. 80
Silberberg 427
Simon, F. A. . 194. 195. 198. 234. 350. 357
— (Heidelberg) . . 406
Skutsch 254
Smith, Th. . . 390. 391
Soden, H. v. . . 48. 49
Sombart . . 210. 213
Sommer, Baldomero (Buenos Aires) . 473
Sorel 158
Spitzer 54. 114
Sprengel 413
Stagnitta . . 382. 391
Stahl, J. 8
Steiner, Mannheim, R. . . 272. 363. 364
Steingießer, F. . . 168
Stern 537
Sticker 518
Stintzing-Pentzoldt . 191
Stoffela . . . 304. 322
Stratipopoulo . . . 130
Stratz 346. 347
Strauß 113. 444. 446. 448. 451. 452
Strauß, A., Barmen, O.-A. 6. 158
Stromberg 73

Seite

Tarnowsky . 72. 303. 322. 327. 469
Tasch, W., (Berlin) . 327
Teissier 519
Thierry de Hèry . . 198
Thiersch, J. . . 340. 347
Thompson . . 108. 520
Thorndike 110
Tiephem, van . . . 391
Tornston 513
Trillat 534
Troja, L. 383
Tschisch, von . 301. 321
Tuchmann 357
Tuffier . . . 150. 430

Ullmann 474
Ultzmann 112
Unna 474

Vainitch-Sianogennski 102. 110
Vaquez . . . 519. 520
Veale 102. 110
Veit 538
Verkoogen 149
Vertun, Berlin, O.-A. 210
Vigouroux 523
Virchow 194. 195. 198. 201
Vogel, Aachen, B. 225. 499
Voillemier . . 102. 110
Völker 448. 449

Wagner 528
Waldeyer 465
Walker, Thomas . . 479
Warschauer, E. . . 354

Seite

Warschauer, E., Berlin, O.-A. 326
Weichardt . . 538. 539.
Weil, L., Stuttgart, O.-A. 12. 373. 443. 518
Weininger, Otto . . 466
Weinstein 52
Weir 357
Weißmann 462
Werler (Berlin) . . 483
Wertheim 129
Werther 480
Wessely 529
White und Ramm . 159
Widal 453
Widmann 198
Winternitz 526
Witzack 148
Wohlauer, Richard, Berlin, R. . . 77. 79
Wolf, H., Freiburg, i. Br. R. . . . 364. 393
—, B. 402
Wolff 111. 301
Woltmann . . 320. 322
Wormser 538
Wossidlo 57
Wossidlo, H., Berlin, O.-A. 142
—, B. 498

Zeissl, H. 102. 111. 185.
Zeissl, M. v. 47. 57. 103. 111. 196.
Ziegler, Ernst . . . 465
Zuckerkandl . 145. 149.

Ungenannt, ... 83

V. Bücherbesprechungen.

Anderson, Frau Marie, Wider das dritte Geschlecht. *Alb. Moll-Berlin* 178

Bré, Ruth, Staatskinder od. Mutterrecht? *Wilh. Hammer-Berlin* 404

Dühren, Neue Forschungen über den Marquis de Sade u. seine Zeit. *G. Merzbach-Berlin* . . 41

Goldberg, Die Verhütung der Harninfektion. *A. Freudenberg-Berlin* 38

Gruber, M., Führt die Hygiene zur Entartung der Rasse? *Ferd. Epstein-Breslau* 86

Gruber, M., Hygiene des Geschlechtslebens. *Ferd. Epstein-Breslau* 85

Hanauer, W., Geschichte der Prostitution in Frkft. a. M. *Gebert-Berlin* 275

Hartmann, E., Die Geschlechtskrankheiten. *F. Block-Hannov.* 180

Hastreiter, J., Die Geschlechtskrankheiten des Mannes. *Ries-Stuttgart* 84

Havelock, Ellis, Das Geschlechtsgefühl. *Felix Block-Hannover* 178

Herbst, Erprobte Schutzmittel *Droste-Hönningen a. Rh.* . . 549

Digitized by Google

Seite

Hirschfeld, M., Jahrbuch f. sexuelle Zwischenstufen. V. Jahrg. Band I. II. *G. Merzbach-Berlin* 86. 87

Kisch, Dr. E. Heinr. Prof., Das Geschlechtsleben des Weibes. *Prof. Max Flesch* 494
Kurella, Hans; Das Geschlechtsgefühl nach Ellis Havelock *Fel. Block-Hannover* 188

Lang, Ed., Prof. Dr., Lehrbuch d. Geschlechtskrankh. *H.Wossidlo* 498
Laßar, Oskar, Über Impfversuche mit Syphilis. *Gebert-Berlin* . 85
Létienne, Aug. et Jules Masselin, Précis d'Urologie clinique. *J. Meyer-Lübeck* 494
Luys, G., La séparation de l'urine des deux reins. *Ernst R. W. Frank-Berlin* 273

Menge, Über die Einwirkung einengender Kleidung auf die Unterleibsorgane. *Wolf-Freiburg i. Br.* 402

Orlipski, Ed., Auch eine Aufgabe des Schularztes. *J. Marcuse-Mannheim* 139

Seite

Quanter, Rud., Wider das dritte Geschlecht. Nach Frau Marie Anderson. *Alb. Moll-Berlin* . 178

Reti, G., Sexuelle Gebrechen. *Rohleder-Leipzig.* 402
Ries, Karl, Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen. *Chrzelitzer-Posen* 276
Rosinski, B., Die Syphilis in der Schwangerschaft. *Vogel-Aachen* 225

Scholtz, Dr. W., Vorlesungen über die Pathologie u. Therapie der Gonorrhoe des Mannes. *H. Pollock-Freiburg i. Br.* . . . 498
Senator u. *Kaminer*, Krankheiten u. Ehe. I. Abtlg. *G. Merzbach-Berlin* 39
Siebert, F., Ein Buch für Eltern. *Blokusewski-Niederbreißig a. Rh.* 139
Stoeckel, W., Die Cystoscopie d. Gynäkologen. *Vogel-Aachen* . 499

Tarnowsky, Prof., L'Instinct sexuel et ses Manifestations morbides au double point de vue de la Jurisprudence et de la Psychiatrie. *L. Loewenfeld-München* . 227

VI. Tagesgeschichte.

Seite 41, 42, 43, 88, 89, 90, 91, 140, 324.

VII. Bücherschau. — Literarische Neuigkeiten.

Seite 44, 92.

VIII. Vermischte Nachrichten.

Beurteilung von Teufel's Duplex-Suspensor 180

IX. Redaktionelle Mitteilungen.

Seite 2, 3, 4, 5, 44.

Digitized by Google

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—). Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 1. **Februar 1904.** Jahrgang I.

Inhaltsübersicht.

I. **Zur Einführung.**
II. **Originalarbeiten:**
1. *A. Strauß-Barmen:* „Über Gleitmittel für Katheter, Bougies etc."
2. *H. Lepmann-Stuttgart:* „Gonorrhoe im Wochenbett."
3. *L. Weil-Stuttgart:* „Der Gefrierpunkt des Urins bei Nierenkrankheiten."
4. *G. Merzbach-Berlin:* „Die Lehre von der Homosexualität als Gemeingut wissenschaftlicher Erkenntnis."
5. *M. Gordon-Hamburg:* „Über Impotenz."
6. *E. Reif-Stuttgart:* „Pflege der Mundhöhle bei Syphilis und deren Behandlung durch eine Quecksilberkur."
7. *Ries-Stuttgart:* „Über Enuresis nocturna".

III. **Referate:**
1. *Freudenberg:*
a) Über ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie, sowie über Phosphaturie und Ammoniurie als objektive Symptome der Neurasthenie.
b) Meine letzte Serie von 25 Fällen der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie.
c) Die Behandlung der ammoniakalischen Cystitis mit intravesicalen Jodoform-Injektionen.
2. *L. Weil:* Über Diät bei Nierenkrankheiten.
3. *Du Castel:* Fongus syphilitique du testicule.
4. *Renault, A.:* Syphilome tertiaire cylindroide de l'urèthre.
5. *M. Kirchner:* Die soziale Bedeutung der Volksseuchen und ihre Bekämpfung.

IV. **Besprechungen:**
1. *Goldberg:* Die Verhütung der Harninfektion.
2. *Senator & Kaminer:* „Krankheiten und Ehe".
3. *Dühren:* Neue Forschungen über den Marquis de Sade und seine Zeit.

V. **Tagesgeschichte.**
VI. **Redaktionelle Mitteilungen.**
VII. **Bücherschau.**

Digitized by Google

I. Zur Einführung.

In einer Zeit, wo sich das Bedürfnis nach ärztlicher Fortbildung immermehr geltend macht (in Preussen, Baden, Bayern und Württemberg sind die ärztlichen Fortbildungskurse bereits eingerichtet oder doch im Entstehen begriffen), ist neben der Institution der praktischen Kurse eine Ergänzung derselben durch theoretische Abhandlungen erwünscht, und zwar besonders auf Gebieten, die dem allgemeinen Praktiker naturgemäss weniger leicht zugänglich sind, wie beispielsweise das Gebiet der Harnkrankheiten im weitesten Sinne. Die neue „Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene" wird es sich zur Aufgabe machen, es dem Praktiker zu ermöglichen, sich ohne Mühe über alles Neue auf dem Gebiete der Harnkrankheiten zu orientieren, ebenso aber auch durch zusammenfassende Arbeiten, die eher dem Spezialisten geläufigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei Krankheitserscheinungen seitens der Harnorgane, die zum Teil noch in das Gebiet des Dermatologen, des Gynaekologen, des inneren Mediziners und des Chirurgen hineinreichen, dem Praktiker in möglichst präziser und einfacher Form vor Augen zu führen. Dabei sollen die eigentlichen Harnkrankheiten nicht streng abgesondert werden von den Nierenerkrankungen, vielmehr sollen neben diesen auch Arbeiten und Berichte über Harnchirurgie sowie über Stoffwechselerkrankungen erscheinen. In der Hauptsache wird die Zeitschrift Originalien (soweit möglich mit Abbildungen) bringen, doch werden den Leser auch kurz und klar gehaltene Referate aus sachkundiger Feder über die neuesten Errungenschaften und Fortschritte auf dem Gebiete der Harnkrankheiten auf dem Laufenden halten, meist in Form von Sammelberichten und Übersichten.

Sollte aus dem Kreise der Leser der Wunsch geäussert werden, so ist die Redaktion auch zur Einrichtung eines Fragekastens bereit. —

Die Bestrebungen der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten", das öffentliche Interesse auf die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für das Volkswohl und auf die Wichtigkeit der Verhütung und Bekämpfung

derselben hinzulenken, haben eine heilsame Bewegung in ganz Deutschland hervorgerufen, und Ärzte wie Laien bemühen sich gemeinsam, zur Ausrottung der „Volksseuchen" beizutragen. Die „Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene" wünscht sich an diesem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten zu beteiligen, indem sie sich bemüht, durch einschlägige Arbeiten und Berichte die Aufmerksamkeit der praktischen Ärzte auf das schwierige Gebiet der Diagnostik und Therapie der sexuellen Erkrankungen zu lenken, ausserdem aber ein Hauptaugenmerk der sexuellen Hygiene zuzuwenden und die Erscheinungen der Prostitution zu beleuchten. Schliesslich soll auch das Gebiet der sexuellen Psychopathie tunlichst berücksichtigt werden.

Wohl ist sich der Herausgeber seiner schweren Aufgabe bewusst, doch gibt er sich, im Vertrauen auf eine grosse Zahl bewährter und geschätzter Mitarbeiter, denen sich, wie zu hoffen, noch weitere Kollegen anschliessen werden, der Zuversicht auf ein gutes Gelingen des gesteckten Zieles hin.

Möge die neue Zeitschrift sich des Vertrauens der Ärzte erfreuen!

Die Redaktion.

Folgende Original-Arbeiten werden u. a. zur Veröffentlichung gelangen:

Dr. **Brendel**-Würzburg:
„Über die Fortschritte der Urologie im letzten Dezennium".

Dr. **Vertun**-Berlin:
„Die neueren Methoden der Behandlung der Urethritis gon. ac."

Dr. **Siebert**-München:
a) „Die Gonorrhoe der kleinen Mädchen".
b) „Syphilis im Kindesalter".

Dr. **Scharff**-Stettin:
„Über sexuelle Neurasthenie".

Dr. **Hammer**-Stuttgart:
„Über Ulcus molle".

Dr. **Ehrmann**-Mannheim:
„Gonorrhoebehandlung beim Manne mit besonderer Rücksicht auf die allgemeine Praxis."

Digitized by Google

Privatdozent Dr. **Bruhns**-Berlin:
„Über Prostatitis gonorrhoica".
Dr. **Wossidlo**-Berlin:
„Die Behandlung der Blasentuberkulose".
Sanitätsrat Dr. **Palm**-Berlin:
„Phlebitis gonorrhoica."
Dr. **Freudenberg**-Berlin:
„Unter welchen Umständen soll der praktische Arzt seinen Prostatikern die operative Behandlung ihres Leidens empfehlen?"
Dr. **Löb**-Mannheim:
„Einfluss der Circumcision auf Infektion mit Geschlechtskrankheiten" (erscheint März).
Dr. **Lewitt**-Berlin:
„Über Prostata-Hypertrophie".
Dr. **Ries**-Stuttgart:
„Über Diabetes im Kindesalter".
„Über acute und chron. Harnretention" u. a. m.
Dr. **Lieven**-Aachen:
a) Orale extragenitale Infektionen mit Lues in der allgemeinen Praxis".
b) Bedeutung der chron. Prostatitis in der allgemeinen Praxis (erscheint Juli).
Dr. **Bernstein**-Cassel:
„Über die persönl. Prophylaxe der Geschlechtskranken".
Dr. **Müller**-Wiesbaden:
„Beitrag aus dem Gebiete der Hygiene der Syphilis-Kranken".
Dr. **Merzbach**-Berlin:
a) „Welche allgemeinen Ratschläge giebt man an Geschlechtsleiden Erkrankten?"
b) „Ein hereditär belasteter Neurastheniker als Sadist vor Gericht".
Dr. **Behrmann**-Nürnberg:
„Über Gonorrhoebehandlung".
Dr. **Boss**-Strassburg:
„Die innere Behandlung der Gonorrhoe".
Dr. **Epstein**-Nürnberg:
„Über Hg.-Injektionen".

Ausserdem haben vorläufig Original-Aufsätze und gelegentliche Mitteilungen mit noch zu benennendem Thema zugesagt die Herren:

Prof. Dr. *Kollmann* (Leipzig), Prof. Dr. *Englisch* (Wien), Privatdozent Dr. *Grünfeld* (Wien), Privatdozent Dr. *Adrian* (Strassburg), Dr. *Ernst W. Frank* (Berlin), Dr. *P. Meissner* (Berlin), Dr. *Tannhauser* (Stuttgart), Dr. *Stein* (Stuttgart), Dr. *Dreyer* (Köln), Dr. *Kleinertz* (Stuttgart), Dr. *Karl Alexander* (Breslau), Professor Dr. *Dennig* (Stuttgart), Dr. *Schaller* (Stuttgart), Dr. *Glitsch* (Stuttgart), Dr. *Mankiewicz* (Berlin), Dr. *Block* (Hannover), Dr. *Silber* (Breslau), Dr. *Hanauer* (Frankfurt), Dr. *Baer* (Frankfurt), Dr. *Zahn* (Stuttgart), Dr. *Ludwig Weil* (Stuttgart), Dr. *Lion* (Mannheim), Dr. *Wagner* (Stuttgart), Dr. *A. Moll* (Berlin), Dr. *Magnus Hirschfeld* (Charlottenburg), Dr. *Neuberger,* (Nürnberg), Prof. Dr. *Flesch* (Frankfurt), Prof. Dr. *Hofmeister* (Stuttgart), Prof. Dr. *Casper* (Berlin), Obermedizinalrat Dr. von *Burckhardt* (Stuttgart), Dr. *Spiegel* (Köln), Dr. *Sack* (Heidelberg), Dr. *E. Weil* (Stuttgart), Prof Dr. *Königshöfer* (Stuttgart), Dr. *Berg* (Frankfurt), Dr. *Gottschalk* (Stuttgart), Hofrat Dr. *Wehner Brückenau*), Dr. *Schultheis* (Wildungen), Dr. *J. Cohn* (Berlin), Medizinalrat Dr. *Walcher* (Stuttgart), Prof. Dr. *Kutner* (Berlin), Prof. Dr. *Posner* (Berlin), Privat-Doz. Dr. Freiherr *v. Nothafft* (München), Dr. *Schourp* (Danzig), Dr. *Pollock* (Freiburg), Dr. *Schuster* (Aachen), Dr. *Heimann* (Stuttgart), Dr. *Jessner* (Königsberg), Dr. *Camerer* (Stuttgart), Hofrat Dr. *Distler* (Stuttgart), Dr. *Löb* (Köln), Dr. *Hahn* (München), Dr. *J. Müller* (Berlin), Dr. *Letzel* (München), Dr. *Schloth* (Brückenau), Dr. *Blumenthal* (Stuttgart), Dr. *Gebert* (Berlin), Dr. *Fürst* (Hamburg), Dr. *Bender* (Düsseldorf), Dr. *Kronheim* (Berlin), Dr. *Thimm* (Leipzig), Sanitätsrat Dr. *Rosenthal* (Berlin), Dr. *R. Isaac* (Berlin), Dr. *Epstein* (Nürnberg), Dr. *Epstein* (Breslau), Dr. *Rohleder* (Leipzig), Prof. Dr. *Seifert* (Würzburg), Prof. Dr. *Zeller* (Stuttgart), Privat-Doz. Dr. *Jesionek* (München), Privat-Doz. Dr. *Bruhns* (Berlin), Rechtsanw. Dr. *Schweizer* (Stuttgart), Sanitätsrat Dr. *O. Rosenthal* (Berlin), Dr. *Ferd. Kornfeld* (Wien), Dr. *Bok* (Stuttgart), Dr. *Karpeles* (Fürth), Dr. *Jul. Baer* (Strassburg i. El.), Frau *H. Bieber-Böhm* (Berlin), Frl. *A. Pappritz* (Berlin), Frau *K. Scheven* (Dresden), Dr. *Müllerheim* (Berlin), Dr. *Grätzer* (Sprottau), Dr. *Löwenfeld* (München), Dr. *Faulhaber* (Würzburg), Prof. Dr. *Jakobi* (Freiburg), Hofrat Dr. *Höfler* (Bad Tölz) u. a. m.

Digitized by Google

II. Originalarbeiten.

Ueber Gleitmittel für Katheter, Bougies etc.

Von Dr. Artur Strauss-Barmen.

Es dürfte wohl keinem Zweifel unterliegen, daß die wasserlöslichen Gleitmittel den wasserunlöslichen vorzuziehen sind. Abgesehen von der schweren Sterilisierbarkeit der Oele und Fette haben sie den Nachteil, auf den Instrumenten leicht einen Ueberzug zu bilden, der von den desinfizierenden Lösungen und auch von kochendem Wasser nur schwer und unzureichend gelöst wird, infizierende Keime festzuhalten und die Schleimhäute für nachträgliche Spülungen unempfänglicher zu machen. Diese Mängel teilen sowohl die pflanzlichen Fette, wie das noch von Goldberg empfohlene Olivenöl, als auch die mineralischen, wie das Vaselin und flüssige Paraffin, als auch die tierischen, wie das Lanolin. Bei Kystoskopen vermögen sie ausserdem Lampe und Prisma zu verunreinigen.

Das Glycerin hat den Vorzug der Wasserlöslichkeit, ist leicht sterilisierbar und antiseptisch. Indessen reizt es wegen seiner starken Wasseranziehungskraft in unverdünntem Zustande die Schleimhäute.

Der erste, der auf den glücklichen Gedanken kam, Tragacanth als Grundlage für ein wasserlösliches Gleitmittel zu benutzen, war Kraus. Er bediente sich einer Auflösung von Tragacanth in Glycerin und 30 %igem Karbolwasser von der Konsistenz des Cold-creams und schlug vor, die Instrumente in dieses Gleitmittel einzutauchen, ein Verfahren, das nicht gebilligt werden kann, denn durch ein häufiges Eintauchen kann die Sterilität des Gleitmittels keineswegs sicher gewahrt werden und es ist auch ein allgemein beobachteter Grundsatz, die Gleitmittel auf die Mitte der Instrumente aufzugiessen und sie bis zum Ende herunterfliessen zu lassen, ohne daß die Hände mit ihrem vorderen Teile in Berührung kommen.

Von ähnlicher Konsistenz ist die Tragacanth-Glycerinmischung, welche unter dem Namen Katheterpurin in Zinntuben in den Handel gebracht wird und von Casper empfohlen wurde. Man soll dieses Mittel in der Weise verwenden, daß man es an die nach oben gerichtetete Spitze des in der Mitte gefaßten Katheters so ausdrückt, daß die Spitze und etwa ein Viertel derselben bedeckt werden. Als Desinfiziens ist ihm Hydrargyrum oxycyanatum im Verhältnis von 1 : 500 zugesetzt, das nach den bakteriologischen Untersuchungen Engels schon in geringsten Mengen in Agarröhrchen und in Bouillonkulturen selbst

nach 8 Tagen auch nicht das geringste Wachstum zuläßt und in Verbindung mit Tragacanth, Glycerin und Wasser von der Konsistenz des Katheterpurins mit Staphylokokkenbouillon übergossene Nährgelatine nach 20 Tagen nicht verflüssigt und kein Wachstum in ihr erkennen läßt. Aber trotz dieser Vorzüge ist das Katheterpurin fast unbrauchbar. Es haftet nämlich so schlecht an den Instrumenten, daß, wenn man es nicht mit den Fingern an ihnen verreibt, es meist in Klumpen zu Boden fällt, ohne herunter zu gleiten.

Aus denselben Stoffen erhält man nun ein geradezu ideales Gleitmittel, wenn man sie derartig mischt, daß sie die Konsistenz eines dicken Oeles erhalten. In dieser Form kann das Gleitmittel wie Oel auf die Instrumente mit nach unten gerichteter Spitze aufgegossen werden und macht sie außerordentlich schlüpfrig. Nach zahlreichen Versuchen mit den verschiedensten Mischungen von Tragacanth und Glycerin in Wasser kam ich schließlich zu einer Formel, welche ich zu empfehlen nicht unterlassen möchte, da ich überzeugt bin, daß jeder, der sie versucht, ihre Vorzüge bestätigen wird und dieses Gleitmittel dauernd benutzen dürfte. Die Formel lautet:

Tragacanth.	1,5
Tere cum aq. frigida	50,0
Adde Glycerin. ad	100,0
Coque ad sterilisationem Adde Hydrarg. oxycyan.	0,2
(oder Formalin. 0,1)	

Das Tragacanth muss, wenn man die dickölige Konsistenz erhalten will, sorgfältig gelöst sein. Ob man der erkalteten Mischung Hydrargyrum oxycyan oder Formalin zusetzt, ist gleichgültig.

Auch Formalin ist bekanntlich kein sehr starkes Antiseptikum. Nach Berlioz und Tillat tötet es Milzbrandbazillen bereits in einer Verdünnung von 1 : 50 000 und nach Aronson verlieren Typhus- und Milzbrandbazillen, sowie der Staphylokokkus pyogenes aureus ihre Entwickelungsfähigkeit in einer Lösung von 1 : 20 000. Ferner ergaben die Versuche Stahls, daß die überaus widerstandsfähigen Milzbrandsporen und verschiedene in der Gartenerde vorkommende Sporen in einer Lösung von 1 : 1000 nach einstündiger, in einer Lösung von 1 : 750 nach $^1/_4$ stündiger Einwirkung abgetötet werden. Auf Grund dieser Tatsachen wählte ich einen Zusatz von Formalin 0,1 %, der einerseits eine vollkommene Sterilität gewährleistet, andererseits frei ist von jeder reizenden Wirkung. In der Tat erwies sich dieses Gleitmittel als ein durchaus zuverlässiges. Es ist reizlos, greift die Instru-

Digitized by Google

mente nicht an, macht sie überaus schlüpfrig und kann unbedenklich auch den sich selbst katheterisierenden und bougierenden Kranken in die Hände gegeben werden. Man benutzt es am besten in der Weise, daß man das sterile Instrument mit der einen Hand an seinem hinteren Ende faßt, mit der anderen einen Tropfen auf seine Mitte aufgießt und ihn, während er noch am Glasrand hängt, heruntergleiten läßt.

Literatur:

L. Casper. Lehrbuch der Urologie.
Ders. Zur Asepsis des Katherismus und der Kystoskopie. Münch. med. Woch. Nr. 46, 1903.
B. Goldberg. Die Verhütung der Harninfektion.
O. Kraus. Uebersetzung der Krankh. d. Harnwege von Guyon. Band III.
J. Stahl. Formalin. Pharmaz. Ztg. Nr. 22, 1893.

Gonorrhoe im Wochenbett.

Von Dr. Lepman, Frauenarzt in Stuttgart.

Nachdem schon frühere Forschungen über die weittragende Bedeutung Aufschluß gegeben haben, welche für die Frau mit der Gonorrhoe verbunden ist, haben erst neuere Untersuchungen es sicher festgestellt, daß unter den Gelegenheitsursachen, welche dem Tripper eine derartige Rolle in der Pathologie der weiblichen Genitalsphäre verschaffen, neben der Menstruation hauptsächlich das Puerperium in Betracht kommt. Es ist bekannt, daß die Cervix uteri eine Praedilektionsstelle für die Gonokokken ist und daß sie bei Gonorrhoe der Vagina in der Hälfte der Fälle miterkrankt — sei es, daß sie primär bei der Cohabitation mitinficiert wird, sei es, daß sie erst sekundär durch den infektiösen Vaginalschleim, in den der äußere Muttermund fortwährend eintaucht, die Keime erhält. Ob man nun den inneren Muttermund als eine physiologische Stenose betrachten will, die die mechanische Verschleppung einschränkt oder ob man chemotaktische Gründe annimmt, die den Gonokokken das Überschreiten des innern Muttermundes erschweren oder wie man auch sonst diese Erscheinung erklären will — die klinische Beobachtung lehrt die Tatsache, daß im allgemeinen das Os internum uteri zunächst der Ausbreitung der Gonorrhoe eine Schranke setzt. Diese Schranke verliert jedoch während der Menstruation an Wirkung, wenn das Orificium internum gelockert ist, die Mucosa geschwellt und so direkt mit der infizierten Cervixschleimhaut in

Berührung kommen kann. Außerdem ist es möglich, daß bei Druckschwankungen im Abdomen oder bei plötzlichen Erschlaffungen der Uterusmuskulatur das menstruelle Blut in die Uterushöhle zurücktritt und dabei die Infektionskeime zurückschwemmt. Als weiterer Infektionsmodus ist auch sicherlich die Möglichkeit anzuerkennen, daß besonders gegen Schluß der Menstruation das stagnierende Blut den Nährboden abgibt, auf dem die Gonokokken durch fortgesetzte Teilung sich rasenartig bis in das Corpus ausbreiten. Man sieht ja hauptsächlich im Anschluß an die Menstruation die schweren Erscheinungen auftreten, die mit dem Übergreifen des gonorrhoischen Prozesses auf Corpus und Adnexe verbunden sind. Genau wie das Übergreifen von der Cervix auf das Corpus durch den inneren Muttermund beeinflußt ist, so ist dies auch vom Corpus auf die Tuben der Fall — im allgemeinen spielen auch hier Gelegenheitsursachen mit, ohne jedoch damit auszuschließen, daß eine frische Gonorrhoe beide Grenzen in einem Zuge überspringt und den ganzen Genitaltraktus auf einmal ergreift.

Die Erscheinungen, die nun die Gonorrhoe zunächst in der Gravidität und dann hauptsächlich im Wochenbett hervorruft, sind verschiedener Art. Abgesehen von frischen Infektionen während der Gravidität, die ganz besonders heftige Krankheitserscheinungen hervorrufen — wohl infolge der durch die Durchfeuchtung und Lockerung der Epithellager begünstigten Invasion der Bakterien — handelt es sich in der größten Mehrzahl der Fälle um oft schon jahrelang bestehende chronische Gonorrhoe, die früher einmal stärkere Symptome verursacht hat und später in der Cervix einen lokalen Entzündungsprozeß mit so geringen Symptomen unterhalten hat, daß die wenigsten der Frauen überhaupt wissen, daß sie krank sind. Daß die chronische Gonorrhoe, sofern sie noch nicht die oberhalb des Corpus befindlichen Teile in Mitleidenschaft gezogen hat, weder zur Sterilität, noch zum Abortus Veranlassung geben, ist sicher erwiesen. Es ist vielmehr den Tatsachen entsprechend, daß bei bestehender chronischer Gonorrhoe des Corpus die Gonokokken, die sich in der Decidua befinden, bei der Verwachsung der beiden Blätter zu Grunde gehen, ohne irgendwelchen Einfluß auf die Schwangerschaft zu haben. Daß jedoch die Gravidität häufig einen verschlimmernden Einfluss auf eine bestimmte Gonorrhoe hat, ist außer allem Zweifel. Frühinsholz und Audebert kamen an der Hand sehr ausgedehnter Beobachtungen zu dem Schlusse, daß die Gravidität häufig eine latente Gonorrhoe manifest und eine manifeste ascendierend macht und dann auf diese Art eventuell auch einen

Abortus hervorruft. Auch soll in der Schwangerschaft die Gonorrhoe nicht allzu selten eine Pyelonephritis verursachen.

So verschiedenartig die Erscheinungen nun sein können, die schon während der Gravidität durch die Gonorrhoe hervorgerufen werden, so fällt die Hauptbedeutung derselben doch erst in die Zeit des Puerperiums. Bumm, Kroner und andere wiesen zunächst nach, daß in der puerperalen Uteruswundhöhle die Gonokokken sich in rapidester Weise vermehren können. Ferner finden die in der Cervix vorhandenen Gonokokken im Lochialsecret einen vorzüglichen Nährboden, auf dem sie nicht nur der Quantität nach enorm gedeihen, sondern auch hinsichtlich ihrer Qualität, id est Virulenz. Man findet dieselben schon in den ersten Tagen post partum in den Cervixlochien massenhaft einzeln und in Haufen, auch wenn frühere sorgfältige Untersuchungen das Vorhandensein derselben beinahe zweifelhaft haben erscheinen lassen. Das weit klaffende Orificium internum erleichtert das Aszendieren des Infektionsprozesses in die Uterushöhle, wobei als unterstützendes Moment die Geburtstraumen und die allgemeine Quetschung der inneren Weichteile nicht zu vergessen sind, die die natürliche Resistenz der Gewebe stark herabsetzen. Ist der Prozess einmal in der Uterushöhle, so bedeutet der Uebergang solch hochvirulenter Kokken auf die Tuben nur einen kleinen Schritt. Die klinische Erfahrung zeigt nun, daß die Invasion des Gonokokkus in die Uterushöhle noch kein Fieber zu bedingen braucht, so gut wie bei Anwesenheit von Streptokokken nicht notwendig Fieber vorhanden ist, und daß der Prozess ohne Symptome zu machen und ohne weitere Verbreitung der Kokken wieder zurückgehen kann. Es ist dies besonders im Frühwochenbett der Fall, eigentümlicherweise zu einer Zeit, wo doch das Gedeihen der Gonokokken in voller Blüte steht. Bumm glaubt, daß Wöchnerinnen mit Cervixgonorrhoe überhaupt nicht, solche mit Uterusgonorhoe, wenn überhaupt, so nur leicht und vorübergehend in den ersten 8 Tagen post partum fiebern und meint, daß höheres und langdauerndes Fieber zu dieser Zeit aus anderen Ursachen, so z. B. Mischinfektion auftritt. Anders verhält sich die Sache im Spätwochenbett, wo an und für sich eine stärkere Neigung zum Aszendieren der Gonorrhoe besteht, sowohl von der Cervix auf das Corpus, als besonders von der schon im Corpus bestehenden Erkrankung auf eine Tube oder auch auf beide Tuben. In den nächsten Tagen und Wochen nach dem Aufstehen setzen plötzlich unter Fieber heftige Schmerzen und die Symptome einer akuten Bauchfellreizung ein und

man findet bei der Untersuchung entweder nur eine Schwellung der einen oder beider Tuben oder schon ein Exsudat hinter und neben dem Uterus, das seine Entstehung wohl meist einem aus dem gonorrhoischen Pyosalpinx durch irgend eine rasche Bewegung oder durch Pressen oder infolge frühzeitiger Kohabitation herausgedrückten Tropfen Eiter verdankt. Andererseits kann das Perisalpingium durch Fortleitung des in der Tube sich abspielenden Prozesses in Mitleidenschaft gezogen sein. Eigentümlich ist dieser Peritonitis gonorrhoica, daß sie nicht allgemein wird, sondern auf den Beckenabschnitt des Peritoneums beschränkt zu bleiben pflegt. Zum Unterschied von septischer Peritonitis fehlen die Erscheinungen der Darmlähmung, auch sind die Symptome der Intoxikation und des Collapses nicht ausgesprochen, das Sensorium bleibt frei, die Pulsfrequenz ist selten höher als 120, obwohl die Temperatur oft 40° und noch mehr erreicht. Die Prognose ist beim Fehlen accidentieller schwerer Erkrankungen quoad vitam fast immer günstig, wenn auch infolge der Verwachsungen und der späteren narbigen Schrumpfungen oft die betroffenen Frauen ständig Beschwerden behalten, die sich dann besonders zur Menstruationszeit steigern. Von extragenitalen Erkrankungen ist die gonorrhoische Endocarditis im Wochenbett durch neuere Beobachtungen sicher festgestellt werden, auch müssen viele puerperale Rheumatismen auf Gonokokken zurückgeführt werden, ebenso wie puerperale Gonokokkenseptikaemie schon beschrieben worden ist.

Die Diagnose eines gonorrhoischen Prozesses im Wochenbett ist bei der Vieldeutigkeit der Symptome natürlich nicht die leichteste. Wenn jedoch eine sorgfältige und vor allem eine vorsichtige Anamnese wenn möglich auch des Ehemannes, ein positives Resultat ergibt, wenn eine Erkrankung, wie oben beschrieben, besonders unter mäßigem Fieber und besonders im Spätwochenbett entsteht, so ist es zunächst Pflicht, unter strenger Asepsis sich einen Tropfen Sekret aus der Cervix zu verschaffen und genau auf Gonokokken zu untersuchen. Das Fehlen einer Ophthalmoblenorrhoe des Kindes ist kein Grund, den Verdacht fallen zu lassen.

Die Therapie erstreckt sich in Anbetracht der oben erwähnten begünstigenden Umstände zunächst auf absolute Bettruhe. Auch bei fieberlosem Verlauf soll die Frau, wenn der Verdacht auf Gonorrhoe besteht, mindestens 4—5 Wochen bis zur vollendeten Involution der Genitalien zu Bette liegen. Temperatursteigerungen erfordern eine noch längere Ruhelage. Bei keiner anderen Erkrankung ist so sehr vor

Digitized by Google

einer Polypragmasie zu warnen, wie hier; intrauterine Spülungen oder gar Aetzungen sind durchaus zu verwerfen, da sie doch nie die Infektionskeime vernichten und höchstens das Gewebe schädigen, das bei guter Vitalität dieselben am besten eliminiert, oder gar direkt in die Tuben befördern. Dagegen dürften Waschungen der äußeren Genitalien und auch vorsichtige Ausspülungen der Scheide unter ganz niedrigem Drucke mit einem ganz schwachen Desinfiziens, wie 2 % Borsäure oder 1 % Lysollösung den Wert haben, den Eiter und damit die ständige neue Infektionsquelle zu entfernen. Reizlose Diät, Eisblase, wenn sie ertragen wird, sowie die Sorge um regelmäßigen und weichen Stuhlgang werden ebenfalls beitragen, schwerere Komplikationen zu verhüten. Die vor einiger Zeit von Landau, Albert und Abraham empfohlene Hefetherapie scheint sich leider neueren Mitteilungen nach doch nicht zu bewähren — jedenfalls ist es für den praktischen Arzt vorerst nicht ratsam, damit zu arbeiten.

Der Gefrierpunkt des Urins bei Nierenkrankheiten.

Von Dr. L. Weil, Arzt für Stoffwechselkrankheiten in Stuttgart.

Wenn auch der praktische Arzt von heute im stande ist, die Funktionsfähigkeit der Nieren durch andere Methoden zu beurteilen, als sie dem Arzt von gestern und ehegestern zur Verfügung standen, so frägt es sich doch, ob jede der neueren Methoden im stande ist, die bisher gebräuchlichen, so die Messung der Urinmenge, die Bestimmung des spezifischen Gewichtes u. a. vollwertig zu ersetzen.

Zu der Abfassung vorliegender Schrift bin ich veranlaßt worden durch die Tatsache, dass es nicht ganz selten vorkommt, dass mir in mein Laboratorium von Seiten der praktischen Aerzte Urine mit der Aufforderung, ihren Gefrierpunkt zu bestimmen, zugeschickt werden.

Der Harn zeigt unter normalen Umständen eine Gefrierpunktserniedrigung zwischen —1,25° und —2,39°. Dieselbe ist jedoch ganz ebenso wie das spezifische Gewicht vom Wassergehalt des Urins abhängig. Nach reichlichem Trinken kann sie bis auf —0,2° heruntergehen. In zwei Fällen habe ich sie nach reichlichem Genuß von Bier beim ganz Gesunden mit —0,6° und —0,5° bestimmt. Andererseits erscheint es auch möglich, dass stark konzentrierte Harne, wie man sie jetzt in der Zeit der Temperenzbewegung häufiger zu sehen bekommt wie früher, eine höhere als die normale Gefrierpunktserniedrigung zeigen;

so sah ich im Sommer vorigen Jahres bei einem sonst normalen, aber stark konzentrierten Urin von 1032 spezifischen Gewicht $\triangle = -2{,}4^{\circ}$ und im Urin eines Gichtikers mit S = 1035 die gleiche Grösse für $\triangle$.

Schon daraus geht ohne weiteres hervor, dass die einmalige Bestimmung des Gefrierpunkts des Urins bei doppelseitiger Nephritis für den praktischen Arzt wertlos ist. Bei keiner Form derselben geht $\triangle$ unter $-0{,}2^{\circ}$ oder über $-2{,}4^{\circ}$ hinaus.

Es lassen sich für die Bright'sche Krankheit keine allgemein gültigen Zahlen aufstellen. Man kann nur sagen, dass kranke Nieren nie einen Urin produzieren, welcher eine höhere Gefrierpunktserniedrigung zeigt, als $-2{,}0^{\circ}$.

Bei der acuten Nephritis ist die moleculare Konzentration des Urins meist niedrig. Sie liegt häufig unter $-1{,}0^{\circ}$. An dieser Tatsache, die von vielen Autoren festgestellt wurde, lässt sich nicht deuten, aber leider ist damit nicht viel gewonnen. Denn einen gleich guten Wertmesser für die Schwere der Nierenerkrankung haben wir an der Bestimmung der ausgeschiedenen Urinmenge, die viel weniger Zeit, Mühe und Geld kostet.

Ich kann dies durch zwei Beispiele belegen.

12 j. Scharlachnierenentzündung.

Tag der Erkrankung	Urinmenge	S.	$\triangle$	Albumen nach Esbach
3.	400	1023	0,71	0,8%
4.	350	1022	0,69	0,8
12.	1400	1016	1,14	0,1
21.	1400	1019	1,30	0,02

23 j. Akute Nephritis aus unbekannter Ursache.

Tag der Erkrankung	Harnmenge	S.	$\triangle$	Albumen	Oedeme
6. oder 8.	120	1032?	0,9	1,0%	schwach
7.	340	1024	0,7	0,6	stärker
8.	250	1026	0,9	0,6	stark
9.	800	1020	0,8	0,4	stark
10.	1000	1018	0,8	0,6	do.
11.	1000	1016	1,2	0,2	do.
14.	1600	1016	1,4	0,2	do.
15.	1900	1016	1,6	0,2	schwächer
34. oder 36.	1800	1017	1,6	—	verschwunden

Im letzeren Fall war also die Urinmenge gestiegen, ehe $\triangle$ sich dazu bequemte. Ueber umgekehrte Fälle verfüge ich nicht.

Auch bei der chronisch parenchymatösen Nephritis ist △ manchmal sehr niedrig. Ich fand bei dieser in Württemberg, wo Nierenerkrankungen überhaupt sehr häufig sind, — die Trias: Emphysem, Myocarditis, Nephritis wird Schwabenkrankheit genannt — verbreiteten Form in 6 Fällen und 16 Einzeluntersuchungen △ zwischen —0,48° und —0,96°; in den gleichen Fällen aber in 9 Einzeluntersuchungen △ über —1,0° und bis zu —1,6°. Aus den Arbeiten einer grösseren Reihe von Autoren entnehme ich als niedrigste Zahl die von Korányi angegebene —0,39° und als höchste die von Strauss —2,0°.

Strauss erklärt ausdrücklich, dass ein typisches Verhalten nicht vorliegt, nicht einmal dann, wenn man die Urinmenge mit der molekularen Konzentration des Urins zusammenhält. Auch hier glaube ich, dass die Messung der Urinmenge allein dem Praktiker einen ebensoguten Einblick in die Tätigkeit der Nieren verschafft, als die Bestimmung des Gefrierpunktes. Koevesi und Roth-Schulz haben gefunden, dass bei der parenchymatösen Nephritis die wassersecernierende Kraft der Nieren der Schwere des Falles entsprechend herabgesetzt ist, eine Regel, die mit der allgemeinen klinischen Erfahrung sehr wohl übereinstimmt. Bei meinen eigenen Patienten hat mir wenigstens für die chronisch-parenchymatöse Form fast immer die Betrachtung der ausgeschiedenen Wassermenge ebensoviel genützt als die Berücksichtigung des Gefrierpunktes. Hebt sich das Befinden des Patienten, so steigt mit der Konzentration wohl jedesmal auch die Urinmenge und geht es abwärts, so sinkt die Wasserausfuhr; die Gefrierpunkts-Erniedrigung aber bleibt meist constant, ja geht manchmal in die Höhe. Es entspricht dieses Verhalten dem Schwanken des spezifischen Gewichts bei der chronisch-parenchymatösen Nephritis. Als Beispiel führe ich an:

Tag der Erkrankung	Urinmenge	S.	△
1.	200	1019	—
2.	600	1020	—
3.	1400	1016	—
16.	800	1021	—1,5
17.	400	1024	—1,7
18.	400	1026	—1,8
26.	2200	1016	—1,2

In diesem Fall zeigte nur das Sinken der Harnmenge die Verschlechterung des Zustandes des Patienten an.

Bei der interstitiellen Nephritis ist dem Wasserreichtum des Urins entsprechend △ fast stets gering, aber ebenso wie bei den

Digitized by Google

anderen doppelseitigen Nierenerkrankungen lässt sich die Intensität der Krankheit in gleicher oder besserer Weise aus der Wassermenge als aus dem spezifischen Gewicht und dem Gefrierpunkt ersehen. Die Zahlen für letzteren schwanken nach den Berichten der Autoren und eigenen Befunden zwischen —0,44° und —1,4°.

Bei der Urämie ist der Gefrierpunkt, ebenfalls weniger niedrig als normal, aber manchmal nicht höher, als er vor dem Ausbruch urämischer Erscheinungen war. Ich beobachtete einen Fall, in welchem das spezifische Gewicht sehr viel merklicher sank, als der Gefrierpunkt; freilich muss ich bemerken, dass es nicht zum Ausbruch einer typischen Urämie kam, sondern nur bedrohliches Erbrechen und Kopfschmerzen das Einsetzen einer solchen befürchten liessen.

Tag der Erkrankung	Urinmenge	S.	Δ	Eiweiss
1.	1700	1014	—1,1	Viel
2.	900	1010	—1,0	Spur
3.	800	1008	—1,0	Spur
4.	1200	1016	—1,2	Spur

Aus allem dem geht hervor, dass die Bestimmung des Gefrierpunkts bei doppelseitiger Nephritis für den Praktiker keinen Wert hat. Dagegen ist die Kenntnis des Blutgefrierpunkts und der Vergleich zwischen gesondert aufgefangenem rechts- und linksseitigem Nierensekret bei einseitiger Erkrankung von grosser Wichtigkeit, in manchen Fällen auch für den praktischen Arzt! Deren Resultate sollen in den nächsten Nummern besprochen werden.

Bestimmte Beziehungen zwischen spezifischem Gewicht und Gefrierpunkt sollen nach Fuchs bestehen. Wenn man nämlich die beiden letzten Zahlen des spezifischen Gewichts mit der Constanten 0,075 multipliziert, so entspricht die gefundene Zahl dem Gefrierpunkt. Engelmann bestätigt dies, und in der Tat bestehen solche Beziehungen beim gesunden Menschen, der sich mit gemischter Kost ernährt, freilich in ziemlich weiten Grenzen.

Zeit	Urinmenge	S.	Δ	$\frac{\Delta}{0{,}075}$
Morgens 8 Uhr	600	1017	—1,3	17,33
Mittags 12	180	1016	—1,2	16,00
Nachmittags 3	450	1020	—1,6	21,33
Abends 7	200	1019	—1,6	21,33
Abends 11	530	1012	—0,9	12,00

Digitized by Google

Dass sie nicht immer stimmen können, geht übrigens schon aus dem Vergleich der Normalzahlen hervor. Während für S. als beste mittlere Zahl 1017 gilt, ist für △ 1,25—3,39° als normal berechnet worden. Die Zahl 1017 mit 0,075 multipliziert ergibt aber 1,3, d. i. die geringste als normal geltende Gefrierpunktserniedrigung.

Bei Nierenkranken liegt ganz sicher ein solch einfaches Verhältnis zwischen spezifischem Gewicht und Gefrierpunkt nicht vor.

(Ein zweiter Artikel folgt.)

Die Lehre von der Homosexualität als Gemeingut wissenschaftlicher Erkenntnis

von Dr. Georg Merzbach, Arzt für Haut- u. Geschlechtsleiden in Berlin.

Man unterscheidet in der sexuellen Psychopathie zwei große Gruppen der Erscheinungen, die man als Perversionen und als Perversitäten bezeichnet, je nachdem man annimmt, daß die krankhaften Zustände im Geschlechtsleben angeborene oder erworbene sind.

Hier soll nur von angeborenen Leiden des Sexualtriebes gesprochen werden, als deren wichtigstes und am meisten verbreitetes ohne Zweifel die Homosexualität gelten darf.

Wenn auch der Geschlechtstrieb des gleichen zum gleichen Geschlecht so alt wie die Menschheit und seit deren Urzeit bekannt ist, so haben diese krankhaften Erscheinungen doch erst verhältnismäßig spät eine sorgfältige Beobachtung und wissenschaftliche Würdigung erfahren. Diese datieren von den Arbeiten von Ulrichs her, die in den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts erschienen, aber trotz des Aufsehens, das sie erregten, als Laienoffenbarungen nicht tief genug in die zünftigen Kreise der Wissenschaftler einzudringen vermochten, wie sie es in ihrer Bedeutung und selbstverleugnenden Objektivität wohl verdient hätten.

Da kam Krafft-Ebing mit seinen sorgfältigen und scharfsinnigen Forschungen, die er in seiner „Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung" niederlegte. Mit diesem Werke schuf der Wiener Forscher die Grundlage der wissenschaftlichen Systematisierung und Klassifizierung der einzelnen Anomalien des Geschlechtstriebes, auf der seine Schüler und andere Beobachter weiter bauten, um bis zu der heute erlangten Summe der Erkenntnis in dieser Materie zu gelangen.

Digitized by Google

Aus der grossen Zahl der Autoren aller Nationen, die besonders die Lehre von der Homosexualität ausbauten, seien neben Krafft-Ebing noch drei deutsche Namen genannt, an die sich die diesbezüglichen neuesten Fortschritte knüpfen: Albert Moll, Magnus Hirschfeld und Iwan Bloch.

Während von ihnen Moll den Spuren Krafft-Ebings folgend, aber trotzdem seinen eigenen Weg gehend, das wissenschaftliche Gebäude weiter aufführte, hat es Hirschfeld mit Klugheit und geschickter Energie verstanden, aus der Erkenntnis des Angeborenseins der Homosexualität die notwendigen praktischen Forderungen nach Aufhebung des § 175 des R. Str. G. B. zu ziehen. Bloch schliesslich gebührt das Verdienst, durch eingehendste historische Forschungen reiches und wertvolles Material zur Erkenntnis und zum Verständnis dieser krankhaften Zustände beigebracht zu haben, ohne daß sich dieser Forscher, was die Aetiologie der Homosexualität angeht, mit Moll, Hirschfeld, mir und den meisten anderen Autoren auf diesem Gebiete im Einverständnis befindet.

Daß aber die Lehre von der Homosexualität nur eine so geringe Verbreitung in den Kreisen der Ärzte gefunden hat, das ist ebenso zu bedauern, wie es leicht zu erklären ist.

Die Homosexuellen beider Geschlechter, deren Prozentsatz jetzt durch statistische Forschungen Hirschfelds und des wissenschaftlich-humanitären Komites in Berlin festgestellt wird, sind zwar allerorten, auf dem Lande und in den Städten, in der Hütte und in den Palästen, bei den Kulturvölkern wie bei den wilden Stämmen in nicht eben kleiner Zahl anzutreffen, aber es dürfte doch nur wenige Ärzte geben, denen sich Homosexuelle in dieser Eigenschaft als Patienten anvertraut haben.

Diesen Umstand erklärt einesteils die begreifliche Scheu der Homosexuellen, sich selbst dem Arzte mit einem Zustand anzuvertrauen, den die Gesellschaft mit Ächtung und das Gesetz mit harter Strafe bedroht, anderenteils ihr Bewußtsein, daß sie der Arzt entweder nicht versteht oder ihnen Rat und Heilung doch nicht zu bieten imstande ist.

Wir Berliner Ärzte und speziell die recht kleine Gruppe der Kollegen, welche in homosexuellen Kreisen als Kenner dieses Zustandes gelten, haben auch homosexuelle Klientel, die sich an sie wendet, nicht etwa, um geheilt zu werden von einem Triebe, der sie als solcher keineswegs unglücklich macht und der überhaupt unheilbar

ist, sondern um einen sachverständigen Rat bei ihrer Neurasthenie zu erfragen oder um sich in Berufs-, Ehe- und Gerichtsangelegenheiten Unterstützung zu holen.

Wohl gibt es auch Homosexuelle, die ohne Freund und Leidensgenossen, gequält durch ihren Zustand, dem ärztlichen Vermögen zuviel zutrauen und nach langem Hangen und mit bebendem Bangen den erstbesten Arzt aufsuchen, sich ihm offenbaren und dann auf vollständigste Verständnislosigkeit bei ihm stossen. Wenn es ihnen dabei wie einem Homosexuellen in Berlin ergeht, daß ihnen der große Medizinmann einfach und bündig anrät „sich die Schweinerei abzugewöhnen", so ist dieser ebenso inhumane wie törichte Rat nur geeignet, ihre psychische Depression zu steigern, ihre Lebenslust noch tiefer zu untergraben, kurzum der Therapie alleroberstes Gesetz des „Nil nocere" aufs gröblichste zu verletzen.

Deshalb ist es ein Gebot der Pflicht für jeden Arzt, sich mit der Lehre von der Homosexualität vertraut zu machen, um sich in die Lage zu versetzen, einem Homosexuellen, der sich in den ernstesten Fragen an ihn wendet, mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

Wer an den Forschungen des wissenschaftlich-humanitären Komitees teilnimmt, das allmonatlich in Berlin Hunderte von homosexuellen Damen und Herren der besten Gesellschaftskreise zur Erörterung wissenschaftlicher Fragen auf dem Gebiete des Uranismus vereint, dem ist natürlich reiche Gelegenheit geboten, Homosexuelle kennen zu lernen in ihrem Aussehen, ihrer Kleidung und in ihrer Eigenart, sie zu studieren in ihrer Veranlagung, in ihrem Liebesleben und in all den Leiden und Kümmernissen, die ihr Zustand ihnen bereitet. Dazu kommt, daß der Homosexuelle in Berlin von Polizei und Gesellschaft schon seine Daseinsberechtigung erkämpft hat, während der Uranier in der kleinen Stadt ängstlich seinen „verruchten" Zustand verbirgt, da es ihm Amt und Ehre kostet, wenn auch nur der Schein eines Verdachtes auf sein anormales Geschlechtsleben fällt. Da wäre es der Arzt, dem sich der Homosexuelle anvertrauen könnte, aber auch diesen Gang scheut er mit Recht, da er wohl weiß, daß er schwer einen Arzt zu finden vermag, der von seinem Zustande genügend versteht, um ihn selbst verstehen zu können.

Deshalb seien hier in kurzen Zügen die Resultate der bisherigen Forschungen auf dem Gebiete der Homosexualität mitgeteilt, aus denen der Homonovus in diesen Dingen ersehen mag, daß es wohl verlohnt, sich einer Perversion wissenschaftlich zu bemächtigen, die weiter ver-

breitet ist in allen Schichten der menschlichen Gesellschaft, als selbst erfahrene Ärzte anzunehmen geneigt sind.

Es gibt seit Alters her Menschen, deren Libido sexualis sich auf das gleiche Geschlecht richtet, das heißt, es gibt Männer, die sich geschlechtlich zu Männern, und Frauen, die sich ebenso zu Frauen hingezogen fühlen. Dieser Trieb des Geschlechtslebens ist angeboren, denn schon in der Entwicklung des Kindes, dann im Knabenalter und in der Pubertät zeigen sich bei vielen Homosexuellen bereits deutliche Hinweise auf die congenitale Perversion. Es gibt ferner neben diesen rein Homosexuellen, neben den Urningen und Urninden, sogenannte psychische Hermaphroditen oder Bisexuelle, wie sie besser bezeichnet werden. Dieses sind Individuen, bei denen sich neben normalem Triebe ein solcher für das gleiche Geschlecht findet, oder bei denen sich neben der Homosexualität auch ein heterosexueller Trieb dokumentiert, je nachdem der homosexuelle oder der heterosexuelle Trieb im Vordergrunde steht und die Libido sexualis mehr oder minder beeinflußten. Neben mannigfachen, zum Teil sehr gescheiterten Erklärungen der Bisexualität hat wohl die Typentheorie eine hervorstehendere Berechtigung, wonach der Bisexuelle seine gedoppelte Neigung nicht auf den Mann oder die Frau als Geschlechtscharaktere richtet, sondern auf sie als ihm begehrenswerte Typen, die ihm im Manne wie in der Frau verkörpert werden können.

Es gibt schließlich „Unechte", wie die Homosexuellen sie nennen, und die aus Elementen bestehen, welche aus Gelegenheitsursachen gleichgeschlechtlich verkehren, wie Seefahrer, Strafgefangene, Pensionäre und solche, die, ohne selbst homosexuell veranlagt zu sein, aus der Prostitution und der Chantage, der Erpressung, ein schändliches und gefährliches Gewerbe machen. Diese Gruppe bleibt unserer Betrachtung an dieser Stelle naturgemäss entzogen.

Wir Ärzte haben bei der Beurteilung Homosexueller zwei Kardinalpunkte stets vor Augen zu haben, nämlich: daß die Homosexualität eine angeborene Veranlagung ist und daß die Homosexualität jeder Therapie Trotz bietet und unheilbar sein muss. Es sind zwar reichliche therapeutische Versuche zur Aufhebung der konträren Sexualempfindung unternommen worden, und besonders Krafft-Ebing und seine Schüler haben sich immer wieder dieser Danaidenarbeit unterzogen und sind mit Hypnose und Suggestion, mit Isolierung und physikalisch-diätetischen und Anstalts-Therapie, ja mit dem Ehekonsens der Homosexualität zu Leibe gerückt, ohne auch nur das geringste Dauerresultat zu erzielen.

Es ist unerläßlich, daß der Arzt diese Tatsachen stets vor Augen behält, damit er die Homosexuellen verstehen lernt und keinem von ihnen ein Heilungsversprechen abgibt, das namentlich bei jugendlichen Uraniern nachher unerfüllt, den psychischen Zustand des Patienten nur verschlechtert.

Es ist ferner wichtig für den Arzt, daran festzuhalten, daß er dem rein Homosexuellen, dem Urning, stets und unwiderruflich die Ehe verbietet, die dieser vielleicht aus Notwendigkeit gegen seinen Willen eingehen soll. Für Bisexuelle gilt das gleiche strikte Verbot, sofern der homosexuelle Trieb im Vordergrunde steht. Es ist nämlich verschiedentlich von uns beobachtet worden, daß Ärzte vertrauensvolle Homosexuelle in eine Ehe hetzten, in der, wie sie ihnen suggerierten, die Liebe schon kommen würde. Die Liebe blieb natürlich aus, nicht aber das Leid, in dessen gähnenden Abgrund die Unglücklichen dann auch noch ihre bedauernswerten nichtsahnenden Weiber mit hinabrissen.

Gelingt es nämlich dem Homosexuellen oder dem zur Homosexualität hinneigenden Bisexuellen, mit Zuhilfenahme homosexueller Phantasievorstellungen, beim Weibe einen Coitus zu erzielen und eine Konzeption herbeizuführen, so dürfte die Welt doch an dem Resultate einer solchen Gravidität wenig Freude haben, da erwiesenermaßen solchen Ehen wiederum homosexuelle Nachkommen entsprießen oder degenerierte Individuen, die ebenfalls nicht geeigenschaftet sind, ihren Platz im Kampfe des Lebens zu behaupten.

Des weiteren muß der Arzt als Kenner der Homosexualität stets dafür eintreten, daß letztere keineswegs einen moralischen Defekt bedeutet, daß es kein Zustand ist, der auf rein sexuellem Gebiet liegt. Es gibt Homosexuelle — und wir kennen solche, die ein keusches, sexuell unbetätigtes Leben führen, wie man es nur vom ethischen Standpunkte aus wünschen kann —, die darum oder dabei doch homosexuell sind. Der Arzt muß weiter auch wissen, daß Homosexuelle psychisch feiner organisierte Menschen sind als Heterosexuelle, ja daß sie zum Teil auf höherer geistiger Stufe stehen als diese, woraus sich manche Eigentümlichkeiten derselben erklären. Dann ist es Arztespflicht, das Märchen von den Päderasten zu zerstören und darauf hinzuweisen, daß der Geschlechtsakt zwischen Gleichgeschlechtlichen durch gegenseitiges Küssen und Masturbieren dargestellt wird, ja auch durch Coitus inter femora. Coitus per os und Immissio penis in anum sind hingegen seltenere Vorkommnisse im homosexuellen Verkehr, jedenfalls wesentlich seltener als der Cunnilingus der Normalsexuellen.

In der Hand der Ärzte liegt es ferner, aufklärend dahin zu wirken, daß kein Vollmann homosexuell wird durch Verführung und daß nur das bei den Geschlechtsakten Homosexueller strafbar sein darf, was bei denen der Normalen unter Strafe gestellt ist, nämlich Anwendung von Gewalt und Akte mit Minderjährigen.

Vertraut sich ein Homosexueller einem Arzte an, so erforsche derselbe anamnestisch des Patienten Lebensgang, seine physische, psychische und besonders seine sexuelle Entwicklung, er betrachte die Ascendenz und Berufstätigkeit des Patienten, seine Umgebung und sein Liebesleben und suche sorgfältig und liebevoll den Patienten auf all den verschlungenen Wegen zu der Quelle seiner psychischen Affektion oder seines anderweitigen Leidens zu folgen. Absichtlich sage ich „sorgfältig und liebevoll", denn die Homosexuellen vertrauen sich, was ihren Trieb angeht, sehr schwer an; aber wenn sie sich einmal dem Arzte erschlossen haben, dann hoffen sie bei ihm liebevollstes Eingehen auf ihren Zustand zu finden durch Rat und Trost und auch durch therapeutische Maßnahmen, soweit diese einen Erfolg versprechen.

Aber nicht nur den fertigen Homosexuellen muß der Arzt zu erkennen suchen, er muß auch werdende Homosexuelle durch Beobachtung in den Familien herauszufinden wissen mit Hülfe der Merkmale, die ihnen die Natur oft deutlich mit auf den Lebensweg gibt oder mit Hülfe des Gebahrens solcher Kinder, unter denen die Knaben oft mit Mädchenkleidern angetan, deren Handfertigkeiten üben, während wiederum den Mädchen kein Knabenspiel wild genug ist, um sich daran nach Bubenart mit Schlachten und Narben zu beteiligen.

Ein Hinweis in dieser Richtung von seiten des Arztes ist für Eltern und Erzieher von eminenter Wichtigkeit, für den Homosexuellen aber von ungeahnter Bedeutung, da ihm durch liebevolle Aufklärung die harten und entmutigenden Kämpfe erspart bleiben, die fast alle Uranier in der Einsamkeit ihrer Kämmerlein mit sich ausfechten.

Auch bei der Berufswahl Homosexueller steht dem Arzte ein entscheidendes Votum zu, damit solche Leute nicht in Berufen verkümmern, die sie nicht ausfüllen können und die ihnen ein Greuel sind, wobei die maskuline oder feminine Veranlagung des Betreffenden von maßgebender Bedeutung sind.

Der Arzt stelle sich schließlich bei der Ehefrage Homosexueller und auch Bisexueller auf den Standpunkt unwiderruflichen Verbotes, sofern nicht eine Ehe zwischen homosexuellem Mann und gleichver

Digitized by Google

anlagter Frau mit Ausschluß jeden Anspruches auf Geschlechtsverkehr in Frage kommt. Eine solche Ehe ist allein zulässig und verläuft fast stets auch harmonisch und in ihrer Art glücklich.

So mag die Lehre von der Homosexualität Gemeingut der Ärzte werden, denen ihre Aneignung reichen Segen tragen wird. Wie manchen Selbstmord kann ihr Wissen und Verstehen verhindern, wie mancher Seele kann ihre Wissenschaft neuen Mut einflößen und wie manches Leben kann ihr vorausschauender Blick lenken und leiten zum Nutzen der Menschheit. Wieviel Tränen aber kann ihre Prophylaxe verhindern und wieviel edle und wertvolle Menschen vermögen sie als gerichtliche Sachverständige der Schande und Ehrlosigkeit zu entreißen, ja mehr noch, welch einer Großtat leihen sie ihre Hand, wenn sie als Kenner der Homosexualität in ihrer Gesamtheit mutig mit der gebildeten Welt eintreten in den Kampf gegen das heutige Gesetz.

(cf. Moll: Die konträre Sexualempfindung. Hirschfeld: Der urnische Mensch. Mühsam: Die Homosexualität. Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis. Hirschfeld: Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, Jahrg. I—V. Bloch: Aetiologie der Psychop.-sexualis.)

Über Impotenz.

Von Max Gordon-Hamburg.

Die Impotenz gehört zu den Erkrankungen, welche dem Studenten in der Klinik nicht vorgeführt zu werden pflegen. Das ist einer der Gründe, weshalb die Bedeutung dieser durchaus nicht seltenen Erkrankung von manchen Ärzten, zumal von Anfängern, nicht hinreichend gewürdigt wird. Ein zweiter Grund dafür ist der, daß die Impotenz dem Unkundigen nahezu harmlos erscheint, da sie nach seiner Meinung weder direkt das Leben bedroht, noch Schmerzen oder Entstellung verursacht. Drittens ist auch unter Ärzten die Ansicht verbreitet, daß es gegen die Impotenz keine Hülfe gebe, ergo ihre Behandlung reine Charlatanerie sei. Schließlich hält mancher Medicus die Impotenz nicht für eine bedauerliche und heilenswerte Krankheit, sondern gewissermaßen für eine Sünde oder deren gerechte Strafe, und darum gilt das Thema der Impotenz sogar im Zeitalter der Naturwissenschaften und der Humanität manchem Medicus nur für frivol und nicht für wissenschaftlich.

Der Praktiker aber, der stets nur auf die Heilung seiner Patienten bedacht ist und der seine Klientel nicht in die weit geöffneten Arme der Kurpfuscher treiben will, wird sich der Einsicht nicht verschließen, daß er die Impotenz gleich jeder anderen Krankheit kennen und behandeln muß. Darum erschien eine kurze Erörterung dieses Themas von Interesse.

Man unterscheidet bekanntlich die Impotentia coeundi von der Impotentia generandi. Spricht man kurzhin von Impotenz, so ist damit stets die Impotentia coeundi gemeint. Impotenz bedeutet mithin die Unfähigkeit eines Mannes, den Akt des Beischlafs auszuüben.

Diese mangelnde Fähigkeit zur Cohabitation ist also durchaus verschieden von der Impotentia generandi, der Zeugungsunfähigkeit, der Sterilität. Letztere ist auch keineswegs immer mit Impotentia coeundi vergesellschaftet. Es gibt zahlreiche Ehen, deren Kinderlosigkeit eine Folge der Impotentia generandi des Gatten ist, obgleich dessen Potentia coeundi durchaus nichts zu wünschen übrig läßt; man denke nur an die beiderseitige Epididymitis gonorrhoica. Impotentia coeundi und Impotentia generandi müssen daher streng auseinander gehalten werden. Da es nun aber Brauch geworden ist, unter der abgekürzten Bezeichnung Impotenz die Impotentia coeundi zu verstehen, so ist für die Impotentia generandi stets deren ungekürzter Namen zu verwenden.

Der Laie faßt den Begriff Impotenz sogar noch weiter. Er subsumiert darunter auch Erscheinungen, bei denen weder die Fähigkeit zur Ausübung des Beischlafs, noch die Fähigkeit zur Zeugung fehlen. Wenn daher ein Patient mit der fertigen Diagnose Impotenz beim Arzt erscheint, so darf nie vergessen werden, daß vielleicht eins von den Leiden gemeint ist, welche das Publikum auch gern als Schwächezustände bezeichnet. Hierzu gehören Urethrorrhoea ex libidine, Prostatorrhoe, Abnahme und Fehlen der Libido und des Orgasmus, Ejaculatio praecox und retardata, Pollutionen, Masturbation, sexuelle Neurasthenie, Phimosis congenita, Aspermatismus, sexuelle Perversität. Bei einem etwa zwanzigjährigen Patienten, der die fertige Diagnose Impotenz mitbrachte, fand Verfasser statt dieses Leidens eine einfache Hernia inguinalis. Der Laie scheut sich auch nicht, von der Impotenz einer Frau zu reden; eine Ausdrucksweise, welche dem Arzte mindestens ungeläufig ist. Der Arzt muß jedoch mit solchem Sprachgebrauch resp. Mißbrauch der Laien vertraut sein, sonst ist ihm die Ausübung seines Berufs, Kranke zu heilen, erschwert und unmöglich gemacht.

Digitized by Google

Die Impotentia coeundi ist kein Morbus sui generis, sondern nur ein Symptom; d. h. der Name Impotenz bezeichnet nicht eine bestimmte pathologisch-anatomische Affektion eines Organs, sondern lediglich den klinischen Befund des Unvermögens zur Cohabitation.

Dieser Zustand wird nun durch die verschiedenartigsten Ursachen bedingt. Es gibt deshalb eine große Anzahl anatomisch und ätiologisch differierender Arten der Impotenz. Daraus folgt, daß die Diagnose Impotentia coeundi allein eine ebenso unvollständige ist, wie es beispielsweise die Diagnosen Icterus allein oder Haematurie allein sind. Erst durch eine speziellere Bezeichnung wird die Diagnose perfekt.

Um die mannigfaltigen Arten der Impotenz zu ordnen, empfiehlt es sich, zunächst nach dem Prinzip der Qualität zu differenzieren und vier Gruppen zu bilden, die mechanische, die psychische, die nervöse und die paralytische Impotenz. Bei jeder Gruppe unterscheide man dann weiter nach der Intensität — d. h. ob die Impotenz total oder nur partiell —, nach der Chronicität — ob sie dauernd oder nur temporär — und nach der Quantität — ob sie absolut oder nur relativ ist.

I. Bei der mechanischen Impotenz handelt es sich weder um ein Ausbleiben noch um ein vorzeitiges Schwinden noch um eine Schwäche der Erektionen, sondern um andere Momente, welche den Coitus unmöglich machen. Zu diesen Hindernissen gehören übermäßige Größe, abnorme Kleinheit und gänzliches Fehlen des männlichen Gliedes; ferner exzessive Tumoren in seiner Umgebung wie Hernien, Hydrocelen, Elephantiasis genitalium, Adipositas; ferner die Abknickung des erigierten Penis (Chorda) infolge von Schwielenbildung der Corpora cavernosa, wie solche zuweilen nach einem Trauma, einer Gonorrhöe, bei der Lues oder auch spontan auftritt.

II. Die Impotentia psychica findet sich vornehmlich bei solchen Personen, die noch gar keine oder nur geringe praktische Erfahrungen in der Ausübung des Beischlafs besitzen, oder die gerade infolge allzu reichlicher Erfahrungen auf diesem Gebiete ihrer Potenz selbst mißtrauen. Es handelt sich dementsprechend meist um Jünglinge, denen der erste Coitus nicht gelungen ist, oder um junge Ehemänner, die etwas schüchtern sind oder die bei der Erinnerung an die Häufigkeit ihrer früheren geschlechtlichen Genüsse vor ihrer jungen Gattin schüchtern werden. Bei diesen Personen versagt die Potenz gerade im sehnlichst erwarteten Moment. Während derartige Patienten für gewöhnlich über ganz vortreffliche Erektionen verfügen, tritt bei ihnen, gerade

Digitized by Google

wenn der Akt vor sich gehen soll, entweder gar keine Erektion ein, oder dieselbe schwindet allzurasch, sodaß eine Immissio penis unmöglich wird.

Die Impotentia psychica ist häufig eine Folge der bekannten schlechten populären Schriften über das sexuelle Gebiet. Aber auch diesbezügliche wissenschaftliche Lektüre führt zu dieser Impotentia ex libris, zumal sie gleichfalls die Gefahren der sogenannten Jugendsünden zu übertreiben pflegt. Psychische Impotenz stellt sich ferner ein, wenn der coitus einmal aus irgend welchen Gründen z. B. infolge akuter Alkoholintoxikation nicht gelungen ist. Daß die Erektion ekelhaften Frauenzimmern gegenüber zuweilen versagt, ist kein Unglück. Bedauerlich ist es dagegen, daß psychische Impotenz auch jungen, schönen, tugendhaften Ehefrauen gegenüber eintritt; nämlich, wenn diese ihrem Manne unsympathisch sind oder überdrüssig werden.

An die psychische Impotenz schließt sich die Impotentia perversa eng an. Patienten, deren Geschlechtstrieb entartet ist, sind entweder zur Cohabitation mit einem Femininum völlig unfähig oder nur mit Hülfe abnormer Vorstellungen, Manipulationen und Situationen dazu im stande.

III. Die Impotentia nervosa charakterisiert sich durch die Ejaculatio praecox. Bei den leichten Fällen dieser Art gelingt zwar noch die Immissio penis, aber nur noch ganz kurz vor stattfindendem Samenerguß. Diese Fälle repräsentieren also eine nur partielle Impotenz. Bei den schweren Fällen aber findet der Samenerguß bereits ante Vaginam statt, und es folgt ihm die übliche Erschlaffung des Gliedes, bevor noch sein Eindringen in die weiblichen Geschlechtsteile geglückt war.

Am vorzeitigen Samenerguß leiden hauptsächlich Personen, die nur selten den Coitus ausüben, Masturbanten und Leute, die sich häufig an Frauenzimmern ohne Coitus geschlechtlich erregen, Ehemänner, die gewohnheitsmäßig den Coitus interruptus und condomatus ausübten, und sexuelle Neurastheniker. Derartige Patienten sind mit ihrem Zustand sehr unzufrieden, falls die Ejakulation bereits ante Vaginam stattfindet. Noch unzufriedener pflegen aber ihre Frauen mit ihnen zu sein, selbst wenn die Immissio penis zwar noch gelingt, die Erektion jedoch alsbald verschwindet und infolgedessen die gewünschte Befriedigung der Frau ausbleibt.

Zur nervösen Impotenz rechnet man gewöhnlich auch die Berufsimpotenz. Wird der Körper oder der Geist von der Berufsarbeit in

allzu intensiver Weise in Anspruch genommen, so resultiert daraus nicht selten ein Nachlassen der Potenz. Eines besonders gefährlichen Rufes in dieser Hinsicht erfreut sich die Beschäftigung mit der Mathematik. Ebenso führen starke Gemütserregungen, wie Ärger, Sorgen, Kummer, geschäftliche Aufregungen, eine temporäre Impotenz herbei. Nach dem gewählten Einteilungsprinzip gehören diese Formen der Impotenz aber nicht hierher, sondern zur vierten Gruppe.

IV. Die Impotentia paralytica kennzeichnet sich durch Seltenheit, Mangelhaftigkeit und schließliches gänzliches Ausbleiben der Erektionen. Ihre häufigste Form, die Impotentia senilis, ist freilich ein physiologischer Vorgang. Im Greisenalter vermindert sich die Potenz des Mannes stetig, bis zum völligen Verschwinden. Die Erektionen büßen mit den Jahren an Frequenz, Intensität und Tenacität ein, so daß der Coitus nur immer seltener und nur noch unvollständiger und endlich gar nicht mehr gelingt. Dieser physiologische Vorgang tritt bei einzelnen Männern sehr spät ein. Es gibt Herren, die trotz ihrer siebzig Jahre und mehr nicht impotent oder wenigstens nicht völlig impotent sind. Meist jedoch macht die Impotentia senilis sich schon in den fünfziger Jahren bemerklich. Tritt eine Schwächung der Potenz aber noch früher ein, so handelt es sich um eine pathologische Impotentia praesenilis.

Die temporäre Impotenz, welche sich unmittelbar nach einmaliger oder wiederholter Ausübung des Beischlafs einstellt, um schon nach Stunden oder Tagen wieder zu verschwinden, ist natürlich gleichfalls eine physiologische Erscheinung. Bedarf jemand aber stets erst wochenlanger Intervalle, um den Coitus wiederholen zu können, so muß man eine bereits pathologische partielle Impotenz diagnostizieren.

Die Impotentia adnata totalis kommt selten vor. Sie repräsentiert die extremste Form der Natura frigida. Die Geschlechtsorgane können dabei vollkommen normal aussehen. Es handelt sich um eine Abnormität der nervösen Centren.

Cryptorchismus bilateralis pflegt mit verringerter Potenz verbunden zu sein.

Die paralytische Impotenz findet sich auch bei ganz jungen Leuten. Zu ihren Ursachen gehört zunächst die Masturbation. Diese unselige Gewohnheit führt jedoch keinesfalls immer zu solch traurigem Ende — sonst wäre die Welt bald ausgestorben —, vielmehr nur dann, wenn sie von noch unreifen Burschen ausgeübt wird, und wenn ihre Ausübung nicht vereinzelt, gelegentlich, sondern in systematischer maßloser Weise geschieht.

Die paralytische Impotenz zeigt sich ferner im Gefolge anderer Erkrankungen. Zu diesen gehören vornehmlich Cachexieen, Diabetes mellitus, Tabes dorsualis und andere Affektionen des Cerebrospinalsystems, Nephritis chronica, Phtisis pulmonum — der zwar eine vermehrte Libido, aber nicht die sprichwörtlich vermehrte Potenz zugestanden werden kann —, Adipositas universalis, Morphinismus, Alkoholismus.

Impotentia consecutiva erscheint ferner nach verschiedenen Affektionen der Genitalorgane und ihrer Nachbarschaft, z. B. nach Gonorrhoea chronica, Prostatorrhoe, beiderseitiger Hodenatrophie, Haemorrhoiden.

Die Impotenz infolge von Castration braucht nicht schon unmittelbar nach der Verstümmelung in Erscheinung zu treten, stellt sich aber nach kurzer Zeit stets ein.

Die consecutive Impotenz im Verlaufe akuter Allgemeinerkrankungen und in der Zeit der Rekonvaleszenz sowie die Impotenz infolge akuter Intoxikationen — hauptsächlich mit Alkohol — ist eine temporäre.

(Fortsetzung folgt.)

Pflege der Mundhöhle bei Syphilis und deren Behandlung durch eine Quecksilberkur.

Von Dr. med. E. Reif, Arzt und Zahnarzt in Stuttgart.

Nächst den Genitalorganen und der äußeren Haut ist bekanntlich die Mundhöhle in ganz besonderer Weise von der Syphilis bevorzugt. Ihre Untersuchung und stete Besichtigung im Verlaufe dieser Krankheit bedarf der ganz besonderen Fürsorge seitens des behandelnden Arztes, da sonst die zur Heilung eingeleitete Quecksilberkur schwere Störungen des Allgemeinbefindens setzt.

Bei den verschiedenen im Munde vorkommenden Schleimhautefflorescenzen, sowohl den Primäraffekten, als namentlich den sekundären Plaques in allen ihren Variationen, bildet die Durchführung einer rationellen Zahn- und Mundpflege einen außerordentlich wichtigen Heilfaktor.

Wo irgend angängig, soll der Arzt vor Beginn der Kur seinen Patienten einem Zahnarzt zuweisen. Ist doch zur Vermeidung und Beseitigung syphilitischer Schleimhautsymptome sowie auch zur Verhütung der Folgeerscheinungen der Plaques (Ulcerationen, Leukopla-

kieen und gummöser Prozesse) eine sachgemäße Zahnbehandlung für den Krankheitsverlauf von einschneidender Bedeutung.

Steht dem Arzte auf dem Lande zahnärztliche Spezialhilfe nicht zur Verfügung, so glaube ich, wird auch er allein (ohne Bohrmaschine) die Vorbehandlung des Mundes durchzuführen in der Lage sein. Als Instrumentarium genügen Extraktionszangen, einige Excavatoren, Schmelzmesser und Handfeilen, lauter Instrumente, die in jedem zahnärztlichen Depot um billigen Preis erhältlich sind.

Er entferne mit einem scharfen Schmelzmesser allen Zahnstein und -Belag an und unter dem Zahnfleischrande gründlich und poliere danach sorgfältig mit der Feile glatt. Auch sorge er an den übrigen Zähnen, wo Rauhigkeiten von der Zunge lästig empfunden werden, für eine stumpfe Zufeilung aller Zahnkanten und spitzen Höcker. Alle faulen und putriden Wurzeln müssen unbedingt extrahiert werden; auch opfere er stark cariöse Zähne.

Hier möchte ich einem Vorurteil, das in weiten ärztlichen Kreisen verbreitet ist, begegnen: Viele Ärzte glauben, daß vor oder während einer Quecksilberkur Wunden in der Mundhöhle möglichst verhütet werden müßten und sind darum mit Extraktionen zurückhaltend. Das Gegenteil ist richtig. Bei exakter Ausführung mit reinen aseptischen Zangen, mit tunlichster Vermeidung von Quetschungen der umgebenden Weichteile werden die Extraktionen, sogar bei Ausräumung zahlreicher Zahnstümpfe in beiden Kiefern, ausgezeichnet vertragen; die Extraktionswunden heilen bei fleißigen Spülungen genau so prompt wie ohne Lues. Die Schleimhaut in der Umgebung der Wurzeln, die selten von Entzündungserscheinungen frei war, erhält bald wieder ein blasses gesundes Aussehen. Selbst bei eingetretener Stomatitis verfahre man so radikal.

Sind schlechtsitzende Ersatzstücke im Munde, so sollen sie mit Beginn der Kur abgelegt oder nur wenige Stunden am Tage getragen und danach gründlich von etwa anhaftendem Schleim und Speiseresten gereinigt werden. In die Weichteile einschneidende Metallklammern sind (eventuell mit dem Nadelhalter) zurechtzubiegen.

Es ist eine von den Syphilidologen täglich beobachtete Tatsache, daß so präparierte Mundhöhlen im allgemeinen einen guten Verlauf der Kur verbürgen.

Welche antisyphilitische Kur der Arzt nun wählen mag, stets wichtig bleibt die weitere Mund- und Zahnpflege, um eine Stomatitis zu verhüten.

Digitized by Google

Der Patient muß alle 2 Stunden seinen Mund mit einem adstringierenden oder desinfizierenden Mundwasser spülen (Kali chloricum 1% oder essigsaure Tonerde nach Lassar's Vorschlag). Mit einer weichen Zahnbürste putze er dreimal täglich, morgens, mittags nach Tisch und abends seine Zähne und das Zahnfleisch mit einem einfachen Zahnpulver aus Schlemmkreide. Empfehlenswert ist auch der Gebrauch der Beiersdorfschen Kalichloricumpasta.

Bei empfindlicher Schleimhaut verbiete man den Genuß von scharfen, gewürzten Speisen und von Spirituosen und vor allem untersage man streng das Rauchen.

Bei Einhaltung dieser Vorschriften gelingt es meist, den Ausbruch einer Stomatitis zu verhüten. Tritt sie in seltenen Fällen trotzdem auf, so unterbreche man die weitere Zufuhr von Quecksilber.

Bei schweren Fällen gebe man Kali chloricum innerlich (5:201; stündlich 1 Eßlöffel), wasche die Mundhöhle mit in warmes Wasser getauchten Leinwandläppchen aus und lasse abwechselnd mit essigsaurer Tonerde und Kamillentee Mundspülungen vornehmen. Die entstandenen Quecksilbergeschwüre ätze man jeden dritten Tag mit 1% Sublimat- (Ätheralkohol) Lösung oder 10% Chromsäure. Selbstverständlich hat die Behandlung auf passende Ernährung Rücksicht zu nehmen: Indifferente Speisen und Getränke: Kühle Milch, reizlose Fleischbrühe und Suppen, leichter Tee.

Eine besondere Aufmerksamkeit seitens des Arztes verdient noch die Erkrankung der Mundhöhlenschleimhaut an der Übergangsstelle zwischen Ober- und Unterkiefer hinter den letzten Mahlzähnen, wo sich so häufig durch Einklemmung einer Schleimhautfalte Abschürfungen sehr schmerzhafter Natur und im ferneren Verlaufe selbst tiefe Nekrosen ausbilden. Eine weitere schwere Komplikation entsteht dann manchmal noch durch den zwischen 17.—28. Lebensjahr durchbrechenden unteren Weisheitszahn, der bei jugendlichen Syphilitikern stets zu mehr oder weniger ausgedehnten Entzündungen Anlaß gibt.

Die leichteren Erosionen bepinsele man mit 5—10% Tanninlösung oder Jodtinktur; bei tiefergreifenden Geschwüren greife man zu Sublimat- oder Chromsäure-Ätzungen.

Gegen die Gingivitis über dem Weisheitszahn verordne man Eisstückchen. Bei sich einstellender Kieferklemme lasse man Flaschenkorken auf der gesunden Seite zwischen die Zahnreihen einschieben. Ist der Weisheitszahn mit der Zange erreichbar, so extrahiere man ihn. Ist dies unmöglich und liegt erheblicher Raummangel für seinen

Digitized by Google

Durchbruch vor, so scheue man sich nicht vor Entfernung des selbst gesunden zweiten Molaren.

Zum Schlusse möchte ich noch betonen, daß Syphilitiker auch nach Beendigung ihrer Kur auf eine gute Beschaffenheit ihrer Mundhöhle bedacht bleiben müssen. Sie gibt noch am meisten Gewähr gegen Recidive im Munde. Jedenfalls machen wir Zahnärzte oftmals die Beobachtung, daß Luetiker mit intakten Kauwerkzeugen trotz Auftretens von Recidiven auf der Haut oder an anderen Organen von Mundsymptomen ganz verschont bleiben.

Über Enuresis nocturna.

Von Dr. med. Ries, Stuttgart.

Die Enuresis nocturna, eine Erkrankung, die von seiten der Eltern leider noch sehr häufig als Unart oder schlechte Angewohnheit der Kinder ausgelegt wird, ist noch heute zuweilen eine Crux medicorum wegen der Hartnäckigkeit, die sie oft allen therapeutischen Bestrebungen entgegensetzt.

Enuresis im allgemeinen ist der Zustand, in welchem die Harnblase nicht imstande ist, den Harn zurückzuhalten, ohne daß dabei der Harndrang notwendig vermehrt wäre. Enuresis ist also in solchen Fällen gleichbedeutend mit Incontinentia urinae.*) Solche Fälle von Incontinentia urinae bieten beispielsweise die Prostatahypertrophie (bei stärkerer Entwicklung eines mittleren Lappens), ferner die Hypertrophie der Blasenmuskulatur mit Dilatation, besonders jedoch bei Parese der Sphincteren, hochgradigen Stricturen etc.

Die Enuresis num im eigentlichen Sinne des Wortes, die Enuresis nocturna, wird in der Regel als eine Krankheit sui generis beschrieben. Sie ist eine rein funktionelle, ohne anatomische Veränderungen verlaufende Anomalie, vorwiegend eine Erscheinung im Kindesalter und schließt gewöhnlich mit der Pubertät ab, meistens jedoch schwindet der Zustand früher. Man versteht unter Enuresis nocturna den unwillkürlichen Abgang normalen Harnes bei sonst normalem

---

*) Man spricht von einer wahren Incontinenz, wenn der Schließapparat nicht mehr funktioniert, von einer falschen oder Incontinenz paradoxa, wenn aus der überfüllten Blase, deren gelähmte Wand sich ihres Inhalts nicht mehr zu entledigen vermag, das überschüssige Quantum Urin stets heraustropft.

Digitized by Google

Harnapparate im Kindesalter. J. L. Retit teilt die Bettpisser in Schläfer, welche das Gefühl ihres Bedürfnisses nicht erwecken kann, und in Träumer, welche in das Nachtgeschirr zu harnen glauben.

Im frühesten Kindesalter gehen die Harn- und Stuhlentleerungen, wie es scheint, ohne jede subjektive Empfindung vor sich. Es genügen schon die leichtesten Kontraktionen der Blase und des Darmes, um Harn oder Koth zu Tage zu fördern, da der Widerstand der Schließmuskeln fehlt. Erst nach dem 1. Lebensjahre fangen bekanntlich die Kinder an, den Koth willkürlich zurückzuhalten, während der Urin noch immer unwillkürlich, oft gegen den Willen der Kinder abgeht. Das Vermögen, den Harn willkürlich zurückzuhalten, stellt sich bei Kindern erst nach abgelaufenem 2. Lebensjahre, somit gewöhnlich nach der ersten Zahnung ein.

Diejenigen Kinder also, welche nach dem Zahnen nocht nicht imstande sind, den Harn willkürlich zurückzuhalten und welche weder einen erkrankten Harnapparat, noch einen veränderten Urin zeigen, leiden an Enuresis. Doch kann das Leiden auch erst in den späteren Lebensjahren eintreten, und zwar vornehmlich dann, wenn der kindliche Organismus durch Krankheiten geschwächt und angegriffen ist. Besonders die Rhachitis, Anämie, Chlorose spielen hier eine große Rolle und dementsprechend finden wir die En. noct. der Kinder hauptsächlich in 3 Perioden der Entwickelung vorherrschend, nämlich

1. im 2.—4, Lebensjahre (im Anschluß an den physiologischen Zustand der unwillkürlichen Harnentleerung im Säuglingsalter),
2. in den ersten Schuljahren,
3. vor der Pubertät.

Speziell bei den beiden letzten Arten von Patienten ist das Auftreten der En. noct. häufig ein plötzliches und scheint dann in gewissem Zusammenhang mit Gelegenheitsursachen zu stehen, z. B. nächtliches Erschrecken, Furcht etc. Wichtiger als diese sind jedoch die somatischen Momente, welche einen Reflexreiz auf die Blase auszuüben vermögen, also z. B. Nässe und Kälte, sodann andauernde Stuhlverstopfung, Reizung des Darmes durch Helminthen, Fißuren am After, Phimosen, Hydrocelen und schließlich die masturbatorischen Manipulationen. Alle diese Momente reizen die Blase reflektorisch, so daß es unabhängig vom Willen zur Kontraktion des Detrusor und zur Erschlaffung des Sphincter kommt.

Übrigens findet man nicht selten kräftig entwickelte, sonst ganz

gesunde und gut gezogene Kinder, die an Enuresis leiden, und gerade diese bieten eigentlich die beste Prognose.

Ein zu fester Schlaf als Ursache des Bettnässens ist wohl nicht annehmbar, da die meisten gesunden Kinder bekanntlich einen sehr festen Schlaf haben, ohne je an Enuresis zu leiden.

Das „Bettpissen", welches fast ebenso oft bei Mädchen wie bei Knaben vorkommt, erfolgt entweder schon in der ersten Stunden nach dem Einschlafen oder erst gegen Morgen, ein- oder mehrere Male in der Nacht. Der Vorgang ist meist der, daß die Kinder, wenn sie zu Bette gegangen, alsbald eingeschlafen sind, im ruhigen tiefen Schlaf liegen, während dessen sich ihre Blase entleert, ohne dass sie sich dessen bewusst werden. Als begünstigendes Moment für das nächtliche Bettpissen dürfte vielfach zu reichliche Flüssigkeitsaufnahme in Frage kommen, besonders Alkohol- und kohlensäurereiche Getränke. Sucht man die Kinder zu erwecken, so gelingt dies erst nach mehrmaligen Versuchen. Gewöhnlich tritt die Affektion nur einmal auf und zwar innerhalb der ersten Zeit des tiefsten Schlafes, doch kommt es gelegentlich vor, daß eine 2 malige Entleerung stattfindet. Dabei haben dann die Kinder, wie ich schon Eingangs erwähnte, die traumhafte Vorstellung, dass sie urinieren müssten, bezw., dass sie wirklich urinieren. Da nun der Schlaf ein fester, so träumen sie weiter, dass sie aufgestanden seien und in das Nachtgeschirr uriniert hätten. Die Entleerung ist gewöhnlich so reichlich, daß häufig der Urin sich durch Matraze und Bettrost den Weg auf den Boden bahnt, wo er in Lachen stehen bleibt, und einen unangenehmen Geruch verbreitet. Man findet die Kinder dann Morgens im eigenen Urin schwimmend, oft kann man trotz grösster Sorgfalt nicht verhindern, daß es in der näheren und weiteren Umgebung der Harnröhrenmündung zu Ekzemen und Exkoriationen kommt, und daß solche Kranke durch die ammoniakalische Zersetzung des Urins einen höchst unangenehmen Geruch um sich verbreiten. Dieser Vorgang spielt sich bald allnächtlich ab, bald mit tage- oder selbst wochenlangen Pausen, welche man besonders während des Verlaufs akuter Krankheiten zu beobachten pflegt. Erwähnen möchte ich noch, daß die Enur. als diurna auch nur bei Tage auftreten kann und da nur bei stärkeren körperlichen Bewegungen und Muskelaktionen, wie Treppensteigen, Lachen, Turnen, Husten usw. In anderen Fällen findet sowohl bei Tage als auch bei Nacht unwillkürlicher Harnabgang statt, und man nennt dann diesen Zustand Enuresis continua.

Dem Arzt kommen Patienten mit En. noct. am meisten zu Ge-

sicht im Alter von 3—6 und bis zu 14 und 17 Jahren, wenn die Pubertät spät eintritt. Es ist also die Zeit, in welcher der ganze Urogenitalapparat des Mannes sowohl als der Frau sich noch in unentwickeltem Stadium befindet. Mit der völligen Ausbildung nun des Urogenitalapparates, dessen Muskeln beim männlichen Geschlecht speziell auch zum Schluß der Blase und Harnentleerung dienen, also der Musc. bulbo- und ischiocavernosus pflegen die Fälle im allgemeinen selbst zu schwinden, wenn nicht dieser Entwicklungsakt aus Gründen, die zumeist in abnormen Zuständen des centralen Nervensystems ihre Ursache haben, sich überhaupt nicht oder nur unvollkommen vollzieht. Die verschiedensten Theorien sind im Laufe der Zeit aufgestellt worden, um das Wesen der Enuresis zu erklären, doch werde ich mich darauf beschränken, nur die wichtigsten und bekanntesten hier aufzuführen. So nimmt Desault eine abnorm heftige Kontraktion der Detrusoren der Blase als Ursache der Enuresis an, während Troußeau und Bretonneau und nachher Ultzmann die Krankheit für eine Neurose halten und ein Mißverhälnis in der Innervation zwischen Sphincter und Detrusor annehmen, wobei namentlich die Sphincteren zu schwach innerviert seien. Andere beschuldigen eine Hyperästhesie des Blasengrundes oder der Blasenschleimhaut, die den Anlaß gibt, daß die Blase nur eine geringe Menge Harn zu fassen im Stande sei.

Bei den meisten derartigen Patienten ist nach Dittel die Prostata mangelhaft entwickelt, welche samt dem Sphincter internus erst mit dem Eintritte der Pubertät zur weiteren Entwicklung kommt; da somit die Entwicklung der Prostata und das Verschwinden der Enuresis zeitlich zusammenfällt, so hängt nach Dittel die Enuresis mit einer mangelhaften Entwicklung der Verschlussvorrichtung der Blase und der Prostata, mit einer Schwäche des Verschlußapparates zusammen.

Oberländer endlich meint, daß in einer Anzahl von Fällen der Enures. eine angeborene Schwäche der Muskulatur der hinteren Harnröhrenpartie zu Grunde liegt, und hält es für selbstverständlich, daß Menschen mit angeborener sogenannter schwacher Blase in ihrer Jugend schon viel leichter bei der Gelegenheitsursache des geringsten Reflexreizes an Enuresis noct. leiden können oder müssen, als solche, die von dieser Schwäche verschont geblieben sind. Man findet bei solchen kindlichen Harnröhren an der Leiche das caput gallinaginis unverhältnismäßig vergrößert, und Oberländer ist der festen Meinung, daß dieser Vorsprung, durch eine beliebige Ursache in einen chron. oder vorübergehenden Reizzustand versetzt, unter anderen einen ex-

Digitized by Google

quisiten Reflexreiz abgeben muß. Dementsprechend verfährt Oberländer, wie wir sehen werden, auch therapeutisch, er circumcidiert, trennt verwachsene Präputialblätter, erweitert zu enge orificia externa urethr. und dehnt ausgiebig die hinteren Harnröhrenpartieen mit seinem bekannten Dilatator. Solche Individuen mit angeborener muskulärer Schwäche der hinteren Harnröhrenpartie, die in ihrer Jugend an Enures. gelitten haben, zeigen auch nach ihrer geschlechtlichen Entwickelung noch Reste dieser Schwäche: sie werden viel eher von einem Blasenkatarrh oder einer Urethrit. post. befallen, als Individuen, die nicht mit dieser angeborenen Schwäche behaftet sind, nach mäßiger Masturbation schon werden sie von quälenden Pollutionen, Spermatorrhoeen, sexueller Neurasthenie etc. geplagt.

Peyer teilt in einer Arbeit über Enuresis nocturna die Krankengeschichten von 7 jungen Leuten männlichen Geschlechts mit, welche das Gemeinsame haben, daß die betroffenen Individuen entweder von Kindheit an an Bettnässen litten oder sonstige Schwächezustände des Urogenitalapparates zeigen. Bei einigen darunter trat Enur. noct. ein, beziehungsweise es verschlimmerte sich dieses Leiden, nachdem die Kranken sich der Masturbation ergeben hatten. Er nimmt, ähnlich wie Oberländer, an, daß sich hier zu der angeborenen Schwäche infolge der Onanie noch eine chronisch-entzündliche Reizung der pars prostatic. urethrae hinzugesellt habe, welche reflektorisch die Enuresis veranlasste und behandelte deshalb diese Kranken mit Einführung dicker Metallsonden und des Psychrophors, oder mit Instillation einer 1- bis mehrprozentigen Tanninlösung, angeblich immer mit günstigem Erfolg. Man kann also — das ist wohl nicht zu leugnen, wenn man durch die Anamnese erfahren hat, dass ein Harnkranker in der Jugend an Bettnässen gelitten hat, einen Maßstab erhalten für die wahrscheinliche angeborene Kraft und Energie der erkrankten Organe und sollte daher diese anamnestische Frage nie versäumen!

Eine genaue Untersuchung des Harns ist zur Feststellung der Diagnose unerläßlich, weil Fälle von Diabetes mellitus, auch von chronischer Nephritis bekannt sind, welche sich zuerst durch Enuresis nocturna ankündigten. In einzelnen Fällen wird auch die Untersuchung der Harnblase und Harnröhre und bei Mädchen auch des Scheideneinganges vorgenommen werden müssen, da auch Lithiasis, Cystitis und Pyelitis manchmal Harnträufeln bedingen. Doch sollte man, glaube ich, die Untersuchung der kindlichen Blase mit Instrumenten aus naheliegenden Gründen nur auf das äußerste einschränken. (Fortsetzung folgt.)

III. Referate.

Freudenberg: Über ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie, sowie über Phosphaturie und Ammoniurie als objektive Symptome der Neurasthenie. Deutsche medizinische Wochenschrift 1903. Nr. 38.

Bei Phosphaturie gibt der Urin stets eine Reaktion auf Ammoniak (nicht immer eine alkalische Reaktion), und zwar nicht nur bei der manifesten Phosphaturie, sondern auch bei dem von Freudenberg als „latente Phosphaturie" bezeichneten bekannten, aber bisher nicht beachteten Zustande, wo sich die Trübung durch Phosphate und Carbonate erst beim Erhitzen zeigt, ja selbst in Fällen, wo auch das nicht einmal eintritt und die der Verfasser „Ammoniurie" zu nennen vorschlägt. Zur Feststellung legt man ein angefeuchtetes Stückchen rotes Lackmuspapier auf den Rand eines zu $^2/_3$ mit Urin gefüllten Reagenzglases und erhitzt die oberste Urinschicht; die aufsteigenden Dämpfe bläuen alsdann, wenn sie Ammoniak enthalten, das Papier.

Die drei erwähnten Zustände wechseln bei denselben Personen miteinander ab und sind, falls man sie konstant findet (nicht alimentär), ein objektives Zeichen bestehender Neurasthenie, dem eine gewisse Bedeutung zukommen dürfte. Vielleicht ist Ammoniämie die Ursache und steht ihrerseits in Beziehung zur Neurasthenie. Zur klinischen Untersuchung dieser Frage wünscht Freudenberg anzuregen. P. Block, Hannover

Freudenberg: Meine letzte Serie von 25 Fällen der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie. Allg. Medizinische Central-Zeitung. 1903, Nr. 14 ff.

Es wird ohne Auswahl über die letzten 25, mit Freudenbergs Prostataincisor von ihm gemachten Operationen in ausführlicher kritischer Weise berichtet. Die Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden. Freudenberg erzielte 20 Heilungen, 4 wesentliche Besserungen und nur einen Mißerfolg (keinen Todesfall) und schreibt diesen Erfolg seiner großen Übung zu, die jene Operation zu einem dankbaren Heilmittel der Ischuria prostatica mache. F. Block, Hannover.

Freudenberg: Die Behandlung der ammoniakalischen Cystitis mit intravesicalen Jodoform-Injektionen. Deutsche Medizinische Presse. 1903, Nr. 21.

Freudenberg empfiehlt Jodoform gegen ammoniakalische Cystitis, da es rasch und sicher, Fehlen von Komplikationen vorausgesetzt, dem Urin wieder eine normale sauere Reaktion wiedergebe. Die Anwendung erfolgt in Dosen von 0,3 : 3,0 Glycerin, in der Spritze mit etwa 30 ccm reizloser Flüssigkeit gemischt, etwa alle 2 Tage mittels Katheter in die zuvor durch Spülung gereinigte Blase gespritzt. F. Block, Hannover.

L. Weil. Über Diät bei Nierenkrankheiten. Medizin-Korrespondenzblatt des württembergischen ärztlichen Landes-Vereins. 1904, Nr. 1.

Der Zweck einer besonderen Diät für Nierenkranke muß sein, das erkrankte Organ zu schonen. Da die Fette und Kohlehydrate im Organismus zu Kohlensäure verbrannt werden, die durch die Lungen eliminiert wird, die

Verbrennungsprodukte des Eiweißes aber und die Salze durch die Nieren zur Ausscheidung gelangen, so ist es logisch, Nephritiker mit Fett und Kohlehydrat zu ernähren, ihnen aber vom Eiweiß und den Salzen nur so viel zu erlauben, als zur Erhaltung des Gesamt-Organismus eben nötig erscheint.

Von den einzelnen Salzen scheint das Kochsalz besonders schädlich zu sein. Seine Ausscheidung ist bei Nierenkranken häufig geringer als die Einfuhr und seine Retention kann Ödeme erzeugen. Das zurückgehaltene Kochsalzmolekül hält eben Wasser zurück, damit die Konzentration der Körpersäfte nicht allzusehr vom normalen Zustand abweicht.

Unter den eiweißhaltigen Substanzen glaubt der Verfasser keinen Unterschied zwischen braunem und weißem Fleisch machen zu müssen. Dagegen perhorresziert er die gesalzenen und geräucherten Fleisch- oder Fischwaren und alle die Fleichsorten, welche viel Harnsäure erzeugen: Niere, Leber, Thymus. Die Harnsäure gilt bekanntlich als der am schwersten ausscheidbare Stoff. Da aber bei reiner Fleischnahrung alle entstandene Harnsäure als solche und nicht als harnsaures Salz ausgeschieden wird, die im Harn viel leichter löslich ist, so rät der Autor, nur die Hälfte des Eiweißbedarfes durch Fleisch zu decken. Bei der akuten Nephritis soll man gar kein Fleisch geben. Vor Eiern warnt W. ebenso, wie vor einem Übermaß im Genuß von Milch. Mit reiner Milchnahrung muten wir der Niere eines Erkrankten ebenso viel Ausscheidungsarbeit zu, wie sie ihr der ganz Gesunde bei willkürlicher Wahl der Nahrungsmittel zuzumuten pflegt. Eine tägliche Zufuhr von 1—1½ l. Milch genügt bei jeder Form von Nephritis. Die fehlende Kalorien-Menge muß durch andere Stoffe gedeckt werden, z. B. durch Rahm. Von den vegetabilischen Nahrungsmitteln ist in erster Linie der Reis zu nennen, der neben 25% Kohlehydraten 8% Eiweiß und nur 1% Salze enthält. Auch Weizenbrot ist erlaubt. Linsen, Bohnen, Erbsen und der Spinat sind verboten, der letztere besonders deshalb, weil er den Harn reich an oxalsaurem Kalk macht. Kleine Mengen anderer Gemüse und etwas Obst sind gestattet, um die notwendige Alkalizität der Nahrung zu erzielen. Die Kartoffel wird verboten: sie enthält sehr viel Kalisalze, ist also nur mit großem Kochsalzzusatz, dessen Genuß vermieden werden soll, bekömmlich.

Gewürze sind nicht zu gestatten.

Die Menge der Flüssigkeit, welche der Nierenkranke aufnehmen soll, beträgt ca. 2 l. pro die, gleichgiltig, welche Form von Nephritis vorliegt. Der Autor hat Furcht vor einer Erhöhung der molekulären Konzentration der Körpersäfte und glaubt, daß dieser bei gehinderter Ausfuhr der Stoffwechselschlacken durch Wasserzufuhr entgegen gearbeitet werden muß. Bei der Schrumpfniere soll man aber auch nicht, dem Durstgefühl der Patienten folgend, zu viel Flüssigkeit gewähren, da Herz und Gefässe unter der Überschwemmung des Körpers mit Wasser leiden.

Als Getränke wähle man Wasser oder eines der bekannten kalkreichen hypotonischen Mineralwässer (Fachinger, Wildunger usw.). Mit leichten Bieren braucht man nicht allzu vorsichtig zu sein. Hier ist ein Gläschen hie und da wohl erlaubt. Schnaps und Wein sind verboten. R.

Du Castel: Fongus syphilitique du testicule. — Société française de dermatologie. 5. Nov. 1903.

Zwei Jahre nach der Infektion bildete sich bei dem bis dahin nicht behandelten Patienten, außer an einigen anderen Stellen des Körpers, eine gummöse Geschwulst des rechten Hodens, die in 8 Tagen Faustgröße erreichte. Der äußere Teil der Geschwulst erweichte und durchbrach die Scrotalhaut; es entwickelte sich in 14 Tagen eine schwammige, übelriechende Masse; der Hoden ist nur von gangränösen Hautstücken bedeckt. Auch der linke Hoden ist vergrößert, von unregelmäßigen Knoten durchsetzt, hart und schmerzhaft. Durch einige Calomelinjektionen wird innerhalb 14 Tagen eine bedeutende Besserung erzielt. Palm-Berlin.

Renault, A.: „Syphilome tertiaire cylindroide de l'urèthre." — Société fr. de dermatologie. 3. Dec. 1903.

Diese seltene Affektion, beobachtet an einem vor 20 Jahren Infizierten, besteht in einer zylinderförmigen periurethralen Verhärtung des erectilen Teiles des penis; dieselbe entwickelte sich langsam, ohne Schmerzen, im Anschluß an ein hinter dem scrotum am perineum durchgebrochenes gummi. Die Schleimhaut der urethra, die cavernösen Körper sind intakt, die Erection ist unbehindert. Daß es sich um eine syphilitische Erscheinung handle, beweist der Erfolg der Therapie, da in kurzer Zeit auf Jodkal. 3 gr. täglich die Neubildung ganz bedeutend abnahm. Palm-Berlin.

M. Kirchner: „Die soziale Bedeutung der Volksseuchen und ihre Bekämpfung". Vortrag. „Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg."

Während der Typhus im Jahre 1900 in Preußen, an dem doch nur 46170 Menschen erkrankt waren, eine Ausgabe von fast 10 Millionen Mark verursachte und die Kosten, welche die Tuberkulose verursacht, jährlich auf 120 Millionen zu schätzen sind, kann man die Zahl der Geschlechtskranken allein in Preusen auf 100000 täglich und die durch sie erzeugten Ausgaben auf mindestens 90 Millionen jährlich veranschlagen. Diese Schlüsse, die auf wohl begründeten Berechnungen beruhen, setzen die soziale Bedeutung der Volksseuchen in ein grelles Licht.

Über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten war bis vor kurzem wenig bekannt; man kannte zwar die Sterblichkeit an Syphilis, die sich in Preußen auf durchschnittlich 330 im Jahre beschränkt, aber über die Zahl der venerischen Erkrankungen klärte erst eine Sammelforschung auf, die in einer Zählung der an einem Tage (30. IV. 00) in ärztlicher Behandlung stehenden Kranken bestand: darnach waren im preußischen Staat am 30. IV. 00 nicht weniger als 30383 männliche und 10519 weibliche Personen, oder 28,2 von je 10000 männlichen und 9,24 von je 10000 weiblichen Personen wegen Geschlechtskrankheiten in ärztlicher Behandlung. Berücksichtigt man, daß 36,55 Proz. der Ärzte den Fragebogen nicht beantworteten, daß ferner viele Venerische aus Scham oder aus anderem Grunde keinen Arzt, sondern einen Kurpfuscher oder gar keine Behandlung aufsuchen, so darf man die Zahl der Geschlechtskranken in Preußen an jedem Tage auf mindestens 100000 annehmen, deren Behandlung unglaublich hohe Summen erfordert. Außer diesen Kosten erwachsen aus den Geschlechtskrankheiten noch viel schlimmere Übelstände: viele junge Männer sehen sich infolge einer Erkrankung an Syphilis oder Gonorrhoe in ihrer Tätigkeit gehemmt, aus ihrer Laufbahn ge-

Digitized by Google

rissen und zu chronischem Siechtum oder einem vorzeitigen Ende verurteilt. Der Einfluß, welchen die Syphilis auf die Entstehung der Tabes dorsalis, der Dementia paralytica, der Arteriosklerose und anderer chronischer Leiden ausübt, ist nicht zu verkennen!

IV. Besprechungen.

Goldberg (Wildungen-K.): **Die Verhütung der Harninfektion. Handhabung der Asepsis und Antisepsis bei der Behandlung der Harnkrankheiten.** 1904, Wiesbaden, J. F. Bergmann. 3 Mark.

Goldberg hat in dem vorliegenden, 121 Seiten umfassenden Buche eine kurze, aber doch recht umfassende Monographie über die Harninfektion und ihre Verhütung geliefert, deren Studium nicht nur dem Urologen und Chirurgen, sondern auch dem Praktiker nur empfohlen werden kann. Mit liebevoller Sorgfalt hat er die, namentlich im letzten Jahrzehnt sehr reichliche, Literatur über diesen Gegenstand gesammelt und mit, durch eigene verdienstvolle Untersuchungen geschärftem, kritischem Verständnis bearbeitet. Daß er vielleicht dabei, namentlich in dem Kapitel über den Selbstkatheterismus des Prostatikers, etwas zu rigorose Forderungen stellt, — der Prostatiker soll schließlich nicht nur katheterisiren und den nächsten Katheterismus vorbereiten, sondern auch noch leben —, tut dem Werte des Werkes keinen Eintrag. Das Abhandeln von solchen Forderungen besorgt ja auch der Patient schon selbst, leider sogar meist in zu großem Maßstabe.

Es werden nacheinander besprochen: das Wesen der Harninfektion, ihre Erreger und ihre Entstehung, die zu ihrer Verhütung zweckmäßigen aseptischen und antiseptischen Maßnahmen, welche Verf. in obligatorische und fakultative einteilt (wobei auch die innere Antisepsis berücksichtigt ist), die Asepsis und Antisepsis bei den verschiedenen Eingriffen (Harnröhren-, Blasenspülung ohne Katheter, Katheterismus und Bougiren, Kystoskopie, Lithotripsie, Intraurethrotomie, Bottini, Extraurethrotomie etc.), die Verhütung der Ausbreitung der Harninfektion, endlich ihre Verhütung bei den einzelnen Krankheiten (Gonorrhoe, Urogenitaltuberkulose, Strikturen, Prostatarhypertrophie, Lithiasis, Blasentumoren). Ein Literaturverzeichnis bildet den Schluß. Ein alphabetischer Index, der dem Ref. trotz des vorausgeschickten Inhaltsverzeichnisses immer wünschenswert erscheint, ist leider nicht vorhanden.

Von sonstigen kleineren Ausstellungen möchte Ref. die folgenden erwähnen. Unter den desinfizierenden Spülflüssigkeiten fehlt das, meines Wissens zuerst von Friedländer, für die Blase empfohlene organische Quecksilberpräparat Asterol, das mit der ungefähr gleichen desinfizirenden Kraft und der gleichen Unschädlichkeit für Metallinstrumente, wie das Quecksilberoxycyanid eine wesentlich höhere Reizlosigkeit gegenüber der Blasenschleimhaut verbindet. (Jenes wird nur in Konzentration 1 : 5000, dieses in Konzentration 1 : 500 und selbst noch stärker von der Blase reizlos vertragen). Nicht erwähnt ist das Jodoform, auf dessen ausgezeichnete Wirkung bei ammoniakalischer Cystitis Ref. mehrfach hingewiesen. Ebenso fehlt

Digitized by Google

unter den Prophylacticis gegen Katheterfieber das vom Ref. dagegen mehrfach empfohlene Acid. camphoric, obwohl dies Mittel nach der Erfahrung des Ref. der einzige ist, dem wirklich eine prophylaktische Wirkung dagegen zukommt. P. 45 sind die Mitteilungen des Ref. über Dampfsterilisation und sterile Aufbewahrung der Katheter (Chirurgenkongreß 1900 und 1903) nicht berücksichtigt. P. 60 hätte auch der Luys'sche Apparat zur Wattefiltration der Luft erwähnt werden können. P. 68 hätte bei Eucain vor Eucain A gewarnt werden können, das auf der Schleimhaut ziemlich stark brennt. Für falsch hält Ref. den Rat (p. 90), bei liegendem Verweilkatheter 2—4 stündlich zu spülen; dadurch geht gerade ein Hauptvorteil des Verweilkatheters, die Ruhigstellung der Blasenwand, verloren. Seine Lithotriptoren läßt Ref. nach dem Auskochen derselben nicht, wie G. (p. 104) rät, in gekochtem Borwasser bis zur Operation liegen, sondern sie werden mit dem Drahtgagekorbe, auf dem sie gekocht sind, aus dem Kocher herausgenommen, und bleiben dann, durch die eigene Hitze schnell trocken geworden, auf diesem Korbe, eventuell mit einem sterilen Tuche bedeckt, bis zur Operation liegen. Übertrieben erscheint die Angabe (p. 118), daß „bei der galvanokaustischen Prostataincision (Bottini-Freudenberg) in einem sehr hohen Prozentsatz Ausbreitungen örtlicher Infektion zur Beobachtung gekommen" sind. Der Prozentsatz ist, bei richtiger Technik und richtiger Vor- und Nach-Behandlung nicht „sehr hoch". Auch die Angabe (p. 119), den „sowohl bei der Prostekkaustik, wie bei der Prostatektomie, als auch endlich bei der Kastration zuweilen die Wiederherstellung der spontanen Entleerbarkeit der Harnblase gelungen", ist bezüglich der Bottini'schen Operation und der Prostatektomie nicht richtig, weil die Erfolge unterschätzend. Was die Bottini'sche Operation betrifft, braucht Ref. in dieser Beziehung nur auf seine kürzlich erschienene (Allgem. medizin. Zentralzeitung, 1903, Nr. 14—19) Serie von 25 aufeinanderfolgenden Fällen zu verweisen, die 20 Heilungen, 4 wesentliche Besserungen und nur 1 Mißerfolg ergab. Aber auch die moderne Prostatektomie ergibt zweifellos Resultate, denen man mit dem oben zitierten Satze nicht gerecht wird.

Doch diese kleinen Ausstellungen tun, wie nochmals hervorgehoben sei, dem Gesamtwerte der Goldberg'schen Arbeit keinen wesentlichen Eintrag.

Gefreut hat es den Ref., daß G. neben der Asepsis und Antisepsis auch die Wichtigkeit eines schonenden Vorgehens bei urologischen Manipulationen gebührend hervorzuheben nicht unterlassen hat. Leider wird ja dieser Punkt in der Neuzeit vielfach zu sehr vernachlässigt. Man denke nur an die jetzt leider so beliebten, übertriebenen Versuche des chemischen Todtschlagens der Gonokokken, gleichgiltig, ob dabei die Harnröhre des Patienten — sehr zu seinem Schaden — mehr leidet, als seine Gonokokken.

A. Freudenberg (Berlin).

Krankheiten und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft. Herausgegeben von Geh. Rat Prof. Dr. Senator und Dr. S. Kaminer. I. Abteilung. München, J. F. Lehmann's Verlag.

Es gibt so unendlich viele wissenschaftliche Bücher, deren Erscheinen immer mit der Ankündigung einhergeht, daß sie bestimmt seien, eine Lücke in der betreffenden Literatur auszufüllen; eine Lücke, die selten noch Jemand, als der Autor und Verleger des Werkes empfindet. Um so mehr wiegt das

Digitized by Google

Wort des Referenten, der einem Werke seine Existenzberechtigung in der Tat mit dem Ausdruck zuspricht, daß es eine Literaturlücke ausfüllt und zwar als willkommene Gabe für den Arzt, den Hygieniker und den Sozialpolitiker. Die erste Abteilung der drei Abteilungen, aus denen das Werk besteht, liegt uns soeben vor und bietet auf 182 Seiten bereits ein Bild deßen, was wir von dem kompletten Buch zu erwarten haben. Allerdings boten für deßen Güte der Name Senators und seines Mitarbeiters Kaminer schon hinlänglich Gewähr, besonders wenn man die Liste der Bearbeiter der einzelnen Materien mit Namen wie Orth, Gruber, Fürbringer, Kraus, v. Leyden, Ewald, Hoffa, Eulenburg, Leppmann durchmustert. Für unser Blatt bietet die erste Abteilung nur einen Beitrag, der hier besonders zu würdigen wäre. Wir werden uns indes weiter mit Arbeiten der zweiten und der dritten Abteilung zu befassen haben, die P. F. Richter (Berlin), R. Ledermann (Berlin), Posner (Berlin), Neisser (Breslau) und Moll (Berlin) zu Verfassern haben.

Aus der ersten Abteilung hat an dieser Stelle Fürbringers „Sexuelle Hygiene in der Ehe" Bedeutung, deren ausführliche Besprechung wir in der kommenden Nummer folgen lassen. Heute wollen wir uns darauf beschränken, aus Senators Einleitung zum Allgemeinteil des Werkes einige beachtenswerte Punkte hervorzuheben. Die Ehegemeinschaft, sagt dieser vortreffliche Arzt, ist ein so bedeutungsvoller Zustand für die beiden Eheschließenden und für deren Nachkommenschaft, daß dabei nicht nur rechtliche Fragen in Betracht zu ziehen sind, sondern auch medizinische und hygienisch-soziologische. Das Altertum kannte bereits diesbezügliche Gesetze, wie sie bei Moses, bei Xenophon, Plato und Aristoteles erwähnt werden und die bezwecken sollten, eine gesunde, wehrkräftige Bevölkerung zu schaffen und zu erhalten. So ergibt sich, daß die Ehe im Sinne der Volksgesundheit und Erhaltung der Volkskraft die größte Beachtung der Ärzte verdient, die noch schwerwiegender wird, wenn man die Ehe als Krankheitsursache betrachtet. Diese Ursachen können in der Schaffung neuer Lebensbedingungen für die Ehegatten liegen, in dem gegenseitigen Abhängigkeitszwang und in dem Muß der neuen Lebensgestaltung, alles Einflüsse, die naturgemäß beim weiblichen Ehegatten mehr zum Ausdruck gelangen. Ferner ist die Möglichkeit in der Ehe gegeben, eine Krankheit von einer Person auf die andere zu übertragen, wobei nicht allein Geschlechtsleiden und Tuberkulose im Vordergrunde stehen. Auch der Geschlechtsverkehr als solcher kann bei völliger Gesundheit der Ehegatten durch Verletzungen, Blutungen, Entzündungen, Gravidität und Geburt zur Quelle von Erkrankungen werden. Von weitgehendster Bedeutung ist endlich die Ehe für die Nachkommenschaft, die schon vor und bei dem Geburtsakt selbst Schäden erleiden oder zugrundegehen kann. Welche Rolle für die Descendenz schwache, belastete und degenerierte Eltern oder Vorfahren spielen, lehren die einzelnen Arbeiten des Werkes eingehend und legen den Wunsch nahe, die alte bewährte Institution des Hausarztes, trotz des wild emporschießenden Spezialistentums, aufrecht zu erhalten. Wie der Staat heute bei der Einschulung eine ärztliche Untersuchung der Kinder anordnet, und wie es die Lebensversicherungen zu tuen pflegen, ehe sie Kandidaten aufnehmen, so wäre es das hygienisch-soziale Ideal, nur ärztlich zulässige Ehen schliessen

zu lassen. Diesem Ideal uns zu nähern, sind wir auch wohl in der Lage, da ja die Wissenschaft den Ärzten in der letzten Zeit so wertvolle Aufschlüsse gerade über erbliche Krankheiten, über Degeneration und erbliche Belastung gegeben hat. Also man wird bei der Eingehung von Ehen künftig nicht nur das Herz oder den Verstand befragen, sondern auch den Arzt, dessen Wissenschaft den Ehegatten und ihrer Nachkommenschaft viel Leid zu ersparen vermag. G. Merzbach (Berlin).

Neue Forschungen über den Marquis de Sade und seine Zeit. Mit besonderer Berücksichtigung der Sexualphilosophie de Sade's auf Grund des neuentdeckten Originalmanuskriptes seines Hauptwerkes „Die 120 Tage von Sodom" von **Dr. Eugen Dühren.** Mit mehreren, bisher unveröffentlichten Briefen und Fragmenten. Berlin 1904. Verlag von Max Harrwitz. 488 Seiten Lex.

Über dieses neue kulturhistorische und medizin-historische Werk Dührens oder Dr. Iwan Blochs, wie wir ihn vero nomine nennen wollen, seien vor Redaktionsschluß nur im weitesten Rahmen orientierende Hinweise gegeben. Was das Buch ist und bietet, sagen sein Titel und die an unseren verehrten Professor Pagel gerichtete Dedikation des Werkes. Es enthält in seinen zwölf Kapiteln, deren Inhalt wir in kommender Nummer eine ausführliche Würdigung werden widmen müssen, Beiträge „Zur Sittengeschichte Frankreichs im 18. Jahrhundert" und „Neue Forschungen über den Marquis de Sade". Dieser, für den Arzt, besonders für den Forscher auf dem Gebiete der Sexualpathologie hochwichtige Abschnitt beschäftigt sich auch mit „Der anthropologischen Betrachtung der Psychopathia sexualis in de Sade's Schriften" und macht uns vor allem mit seinem System der Psychopathia sexualis bekannt. G. Merzbach, Berlin.

V. Tagesgeschichte.

Der Herr Kultusminister hat im Hinblick auf die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor einiger Zeit an den Vorsitzenden des „Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen", Wirkl. Geheimen Rat Prof. von Bergmann, das nachstehende Schreiben gerichtet: „Unter den Maßregeln, welche behufs Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten empfohlen werden, nimmt eine gründliche Aus- und Fortbildung der Ärzte in der Erkennung und Behandlung dieser Krankheiten eine der ersten Stellen ein. Es wird darüber geklagt, daß zur Zeit noch manche Ärzte in Verkennung der Bedeutung dieser Leiden sowie ihres eigenen Berufs als Warner und Berater der Bevölkerung es unterlassen, letztere immer und immer wieder auf die Gefahren der Geschlechtskrankheiten hinzuweisen und ihre Behandlung rechtzeitig und tatkräftig in die Hand zu nehmen. Hier belehrend und fördernd einzugreifen, halte ich für eine wichtige und dankbare Aufgabe des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen. Euerer Exzellenz gebe ich daher zur gefälligen Erwägung ergebenst anheim, ob es sich nicht empfehlen dürfte, besondere Kurse und allgemeine Vorträge über das Wesen, die Verhütung, Bekämpfung und Heilung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten zu einem

Digitized by Google

dauernden Bestandteil der Kurs- und Vortragszyklen zu machen, welche das Komitee veranstaltet, und zwar nicht nur hier in Berlin, sondern in sämtlichen Orten, in denen unentgeltliche Fortbildungskurse für Ärzte stattfinden. Einer gefälligen Äußerung Euerer Exzellenz hierüber, sowie über das in dieser Richtung etwa Veranlaßte sehe ich ergebenst entgegen."

Das Zentralkomitee bringt das vorstehende Schreiben des Herrn Kultusministers hiermit zur öffentlichen Kenntnis und erklärt sich bereit, die Veranstaltung von Kursen oder Vorträgen über Geschlechtskrankheiten in eder Weise zu unterstützen, insbesondere durch Vorschläge bezüglich der Mitwirkung hervorragender Lehrkräfte, durch die Aufstellung von zweckmäßigen Vortragsplänen und endlich durch die leihweise Hergabe von Lehrmitteln (Moulagen, Abbildungen, Projektionsapparaten usw.), mit denen — selbst bei dem Fehlen von geeignetem Krankenmaterial — e in wertvoller Anschauungsunterricht auf dem gedachten Gebiete erteilt werden kann.

Aus der „Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg."

Der preußische Medizinalminister empfiehlt den Universitätskuratoren in einem Erlaß, die Studierenden aller Fakultäten in kurzen öffentlichen Vorlesungen vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten warnen zu lassen und mit den Maßregeln zu deren Bekämpfung bekannt zu machen.

Der **V. internationale Dermatologen-Kongress** tagt in Berlin vom 12.—17. September 1904, laut Beschluss des IV. Kongresses in Paris. Unter dem Ehrenpräsidium von Ernest Besnier und unter Leitung Prof. Lessers-Berlin werden sich laut bisheriger Meldung 22 Staaten an den Beratungen beteiligen. Dem Generalsekretär O. Rosenthal-Berlin steht ein aus 17 Herren bestehendes Lokal-Komitee zur Seite, während das Organisations-Komitee 35 Namen unserer hervorragendsten Fachgelehrten aufweist. Vorträge und Demonstrationen sind bis 1. Juli an San.-R. Dr. O. Rosenthal, Berlin, Potsdamerstraße 125 pt. zu richten, wobei ein kurzer Thesenauszug des angemeldeten Vortrags beizufügen ist. An dieselbe Adresse ist auch der Kongress-Beitrag mit Mk. 20.— (= 25 Frcs. = 1 Strl.) zu senden. Die mit dem Kongress verbundene wissenschaftliche Ausstellung nimmt Raumbestellungen mit Angabe der Objekte bis 1. Juni entgegen. Als wesentlichste Themata behandelt der Kongress:

1. Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien.
2. Syphilitische Erkrankungen der Zirkulationsorgane.
3. Die Epitheliome und ihre Behandlung.
4. a) Stand der Verbreitung und der Bekämpfung der Lepra seit der ersten Leprakonferenz im Jahre 1897.
   b) Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Lepra anästhetica.

Prof. Dr. **Jadassohn,** bisher Extraordinarius für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bern, ist zum o. Professor ernannt worden.

Die **Ortsgruppe Berlin** der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten veranstaltete am Freitag, den 5. Februar 04, abends 8 Uhr, im Architektenhaus einen öffentlichen Vortragsabend, in welchem Herr Dr. Iwan Bloch über den „Ursprung der Syphilis" sprach.

Der **Zweigverein Württemberg** der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hielt am 27. und 28. Januar in Stuttgart

Digitized by Google

seinen 2. Vortragsabend ab, der von Damen und Herren sehr zahlreich besucht war. Bei demselben hielt Finanzrat Dr. Losch vom Statistischen Landesamt einen äusserst interessanten Vortrag mit dem Thema „Die Prostitution in ihrer volkswirtschaftlichen Bedeutung." Ausgehend von einer durch reiches Zahlenmaterial unterstützten Darlegung des Ueberwiegens der weiblichen Bevölkerung innerhalb unseres Volksganzen, wodurch es vielen Tausenden des weiblichen Geschlechts sachlich unmöglich sei, sich zu verehelichen, schilderte der Vortragende die Formen, in denen die Prostitution unter den jeweiligen Verhältnissen auftritt und welchen zahlenmässig nachweisbaren Umfang diese Art des Geschlechtsverkehrs, besonders in den Grossstädten, angenommen hat. Eine genaue Feststellung der eigentlichen Prostituierten sei schon deshalb ungemein schwierig, weil es diese in zahlreichen Fällen durch Angabe irgend eines Berufs verstünden, die polizeiliche Meldepflicht zu umgehen. In dem Bestreben, die Ursachen der Prostitution zu erforschen und davon ausgehend, diese selbst zu bekämpfen, komme man übrigens mit sittlichem Entrüsten und Zimperlichkeit nicht weit. Welche Bedeutung die Prostitution innerhalb unserer Volkswirtschaft erlangt habe, gehe daraus hervor, dass der von der Prostitution verursachte Geldumsatz auf 300—500 Millionen Mark jährlich beziffert werden könne. Unter den Schäden, welche die Prostitution in volkswirtschaftlicher Hinsicht im Gefolge habe, sei der riesige Alkoholverbrauch, der stets mit ihr verbunden sei; sodann sei auch die Unterbezahlung weiblicher Arbeiterinnen sehr häufig eine Ursache und Folge der Prostitution, ganz abgesehen von dem Schmarotzertum (Kuppler, Zuhälter, Mietzinssteigerer), das sich um sie gruppiere. Auch die Schädigung der Volkskraft durch Geschlechtskrankheiten müsse hier hervorgehoben werden. Es könne ohne Uebertreibung hier gesagt werden, dass alles in allem für die Prostitution in ihrem heutigen Umfange ein Nationalaufwand von einer Milliarde erforderlich sei. Was nun die volkswirtschaftlich-biologische Seite dieser Frage anlange, so dürfe es uns keineswegs gleichgültig sein, wenn die Verirrungen auf dem Gebiet des Geschlechtslebens schliesslich degenerierend auf eine Volksgeneration einwirken. Eine grosszügige Sachbetrachtung sei hier auch im Hinblick auf die Zukunft geboten, wo es sich dann um die Frage der rationellen Fortpflanzung handle. Wenn man bedenke, wieviel Lebensenergie und brauchbares Menschenmaterial durch die Prostitution vergeudet werde, so dürfe man die Hände nicht in den Schooss legen. Es müsse insbesondere der Jugend gegenüber die warnende Stimme erhoben werden. — Lebhafter Beifall folgte den Ausführungen.

Die „Frankf. Ztg." lässt sich aus **Zürich** telegraphisch berichten, dass in der kantonalen Volksabstimmung die Sittlichkeits-Initiative (Wiedereinführung der Toleranzhäuser) mit 49 498 gegen 18 000 Stimmung verworfen wurde.

Die deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten tagt am 6. März um 11 Uhr in Berlin im Bürgersaal des Rathauses. Tagesordnung: 1. Geschäftsbericht des Vorstandes. 2. Antrag des schlesischen Zweigvereins, betr. Änderung des Fürsorgegesetzes. Berichterstatter: Geh.-Rat Neisser-Breslau. 3. Anregungen betr. Textänderungen des Wochenblattes. Berichterstatter: Dr. Blaschko-Berlin.

Digitized by Google

VI. Redaktionelle Mitteilungen.

Kollegen, die zur Mitarbeit an der „Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene" bereit sind, werden freundl. ersucht, darüber dem Herausgeber Mitteilung machen zu wollen.

Die Verlagsbuchhandlung (W. Malende, Leipzig) honoriert:

a) Originalarbeiten mit 30 bis 40 Mk.
b) Referate „ 25 „ 30 „
c) Übersetzungen „ 15 „ 20 „

pro Druckbogen.

VII. Bücherschau. — Litterarische Neuheiten.

(Besprechung vorbehalten.)

Dr. Iwan Bloch: Das erste Auftreten der Syphilis in der europäischen Kulturwelt. Verlag: Gustav Fischer, Jena.

Blokusewski: „Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten". (Sep.-A. a. „Dermatol Centralblatt") 1903. (VI. N. 6 u. VII Nr. 1.)

Fränkel: „Prakt. Leitfaden der qualitativen und quantitativen Harnanalyse für Ärzte."

Freund: Hysterie der Frau.

Freymut: Die Bestie im Menschen und ihre Zähmung.

J. Hastreiter: „Die Geschlechtskrankheiten des Mannes". Verlag von Seitz & Schauer, München.

Koranyi: Wissenschaftl. Grundlagen der Kryoskopie in ihrer klin. Anwendung.

Kornfeld: Gonorrhoe und Ehe.

Möbius: Geschlecht und Kinderliebe.

Prof. Dr. Seved Ribbing: Die sexuelle Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen. Deutsch von Dr. O. Reyher. Stuttgart, Verlag von Hobbing und Büchle.

Prof. Dr. Rosenbach: Das Problem der Syphilis und die Legende von der spezifischen Wirkung des Quecksilbers und Jods. Verlag: August Hirschwald, Berlin.

Edm. Saalfeld: „Über Arbeitssanatorien für Geschlechtskranke". (Sep.-A. a. „Berl. klin. Wochenschrift") 1903. No. 39.

Scholtz: Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes.

A. v. Schultem: Ärzte. (Roman). Österr. Verlags-Anstalt, Wien.

Schwarzkopf: „Zur Diagnose chronisch nephritischer Prozesse. (Sep.-A. a. „Münch. Med. Wochenschrift") 1903.

F. Siebert: „Ein Buch für Eltern". Verlag von Seitz & Schauer, München.

Sternthal: Männersittlichkeit und Frauengesundheit.

Digitized by Google

Den uns vielfach aus ärztlichen Kreisen geäusserten Wünschen nachkommend und insbesondere den Anregungen von Mitgliedern der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" folgend, beehren wir uns, nachstehend der medizinischen Wissenschaft einen Auszug aus den uns übermittelten Gutachten und Bestellungen zu unterbreiten.

Berliner Hygiene-Gesellschaft m. b. H.

BERLIN, Artillerie-Straße 2.

Einige Gutachten der Kaiserl. Deutschen und Oesterreichischen Marine über „Viro".

Inspektion des Bildungswesens der Marine. Kiel, den 14. April 1903.

Nach den angestellten Versuchen hat sich „Viro" zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten bewährt, insofern bei den Leuten, welche das Mittel in der vorgeschriebenen Form gebraucht haben, keine Trippererkrankung vorgekommen ist. In einzelnen Fällen stellte sich nach Anwendung des Mittels ein geringes Brennen in der Harnröhre ein, das nach einigen Stunden wieder verschwand.

von Arnim
Vice-Admiral und Inspektor.

Geschwaderarzt des 1. Geschwaders. Kiel, den 4. August 1903.

Auf Ihr Schreiben vom 1. d. Mts. teile ich Ihnen mit, daß die auf S. M. S. „Wittelsbach" angestellten Versuche mit „Viro" sehr gute Resultate ergeben haben. Den Schiffen des 1. Geschwaders ist daher die Beschaffung dieses Mittels diesseits empfohlen worden.

Dr. Runkwitz
Marine-Generaloberarzt.

S. M. S. „Brummer". Kiel, den 19. April 1903.

Für die liebenswürdige Uebersendung von „Viro" sage ich besten Dank. „Viro" ist meiner Ansicht nach das Praktischste, was auf diesem Gebiet geliefert worden ist, und ich verfehle nicht, die Anwendung desselben, soweit irgend möglich, zu empfehlen.

Dr. Dammann
Marine-Oberassistenzarzt.

K. u. k. Reichs-Kriegs-Ministerium,
Marine-Sektion IX. Abteilung. Wien, am 8. September 1903.

Im Besitz Ihrer werten Zuschrift vom 22. Juli l. Js. und des gefl. zugesandten Musters Ihres Präparates, beehre ich mich, Ihnen mitzuteilen, daß die Musterschachtel behufs Erprobung an ein Schiff nach Pola abgegeben wurde. Das „Viro" wurde von 9 Personen nach genauer Gebrauchsanweisung angewendet. Es erfolgte bei keinem dieser Leute eine Ansteckung. Sollte sich ein Bedarf an Ihrem Präparat ergeben, ist das Marine-Spital angewiesen, sich direkt an Ihre Firma zu wenden.

Der Vorstand:
Dr. Gruber, Adm.-Stabsarzt.

Einige ärztliche Gutachten.

[Bremen, den 29. Juli 1903.

Als Lehrer der Gesundheitspflege an der hiesigen Seefahrtsschule bitte ich, bei der enormen Wichtigkeit, welche die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten bei den Seeleuten hat, gütigst um Zusendung von Gratismustern, damit ich die Steuerleute und Kapitäne für die gute Sache interessieren kann.

Dr. med. Fr. Bruckmeyer.

Schöneberg-Berlin, 27. Mai 1902.

Ich teile Ihnen mit, daß „Viro" in der einfachen und handlichen Handlungsweise meinen ungeteilten Beifall findet. Daß sie in ihrer Wirkung auch sichere Erfolge verspricht, davon bin ich — angesichts der mit dem Protargol und dem Crème gemachten Erfahrungen — überzeugt. Ich werde mir angelegen sein lassen, dem Präparate, dessen Nutzen ja garnicht genug hervorgehoben werden kann, zur weitesten Verbreitung zu verhelfen.

Dr. med. Lohnstein.

In letzterer Beziehung (gleichmäßige Funktion und Handlichkeit, wie auch nach anderen Gesichtspunkten), verdient das erst kürzlich unter dem Namen „Viro" in den Handel gebrachte Gonorrhoe-Präparat die ganz besondere Beachtung der beteiligten Kreise.

Dr. Erich Schultze, Berlin.

Mülhausen i. E., 21. August 1903.

Ich bin mit den gemachten Versuchen zufrieden und bitte um eine weitere Probesendung.

Kallenbach
Assistenzarzt J.-R. No. 112, Kaserne.

Das Verfahren ist in der Tat im praktischen Gebrauch ein außerordentlich einfaches und bequemes, und da es zudem unschädlich ist, so sollten wir Aerzte nach Kräften dafür Sorge tragen, daß die Anwendung dieser einfachen und sicheren prophylaktischen Maßnahme bei den unserer Fürsorge empfohlenen Personen mehr und mehr Platz greift.

Professor Dr. M. Mendelsohn, Berlin.

Da man das sich bietende Gute empfehlen soll, damit auch andere davon Nutzen haben, so stehe ich nicht an, den Herren Kollegen den nachstehend beschriebenen kleinen Apparat „Viro" zur Weiterempfehlung dringend ans Herz zu legen.

Stabsarzt **Dr. F. Uhl**, Berlin.

So erscheint durch die Kombination der „Viro"-Präparate die individuelle Prophylaxe der geschlechtlichen Infektion ihrer Vollkommenheit nahe gebracht zu sein.

Dr. Vertun, Berlin.

(Fortsetzung siehe nächste Seite.)

(Fortsetzung.)

Einige Bestellungen der Kaiserl. Deutschen und Oesterreichischen Marine.

Kommando der 2. Werftdivision. Wilhelmshaven, 11. März 1903.

Es werden hiermit 8 Automaten und 1200 Stück Biro-Crême-Tuben bestellt. Die Automaten wollen Sie gefl. einzeln, die Tuben in Paketen zu je 150 Stück verpacken und der Sendung eine Rechnung beifügen.

In Vertretung **Koepner.**

Kiel, den 10. Mai 1903.

Die Firma ersuche ich ergebenst, der Kantine S. M. S. „Stein" 4000 Tuben des Präparates „Biro" zu übersenden.

Harder, Kapitänleutnant und Kantinenvorstand.

Telegramm.

Bitte sofort per Post 500 Tuben gegen Gonorrhoe nach Kiel.

Kommando „Kaiser Karl der Grosse".

Kiel, den 15. Mai 1903.

Es wird um Uebersendung von 5000 „Biro"-Tuben" an die Kantine S. M. S. „Moltke" ersucht.

Dr. Wang, Marinestabsarzt.

Kommando S. M. S. „Ilis". Shanghai, den 7. Juli 1903.

Ich ersuche ergebenst um Zusendung von 200 Schachteln, enthaltend je 3 Tuben für Gonorrhoe und 1 Tube gegen Syphilis für das unterzeichnete Kommando an die Adresse des Kaiserlichen General-Konsulats Shanghai.

Graf von Platen, Korvetten-Kapitän und Kommandant.

S. M. S. „Radetzky". Pola, am 13. Juli 1903.

Das k. und k. Schiffskommando macht probeweise die untenstehende Bestellung mit dem Ersuchen, nur absolut frisches Material bei den Füllungen zu verwenden: 12 Dutzend (156 Stück) Protargol-Tuben, 24 Stück Crême-Tuben. Die Sendung ersucht man ehetunlichst u. z. unter der Adresse: K. u. k. Marine-Spitals-Apotheke in Pola. Unterschrift.

Kommando S. M. S. „Zähringen" Nordsee, 29. Juli 1903.

Das Kommando ersucht um gefl. Zusendung von 2 Automaten und 1000 Stück Tuben und zwar 500 Stück gegen Gonorrhoe und 500 Stück gegen Syphilis. **Brussatis,** Kapitän zur See und Kommandant.

Kantinenverwaltung S. M. S. „Hertha". Tsuruga (Japan) 10. 9. 1903.

Sie werden hierdurch ergebenst ersucht, umgehend an die Kantine S. M. S. „Hertha" Tsingtau: 500 Schachteln „Biro" mit je 3 Tuben gegen Gonorrhoe und 1 Tube gegen Syphilis, sowie 200 Tuben für Syphilis besonders, zum Versandt zu bringen.

Graf von Saurma-Jeltsch, Kapitänleutnant. **Fischer,** Materialienverwalter.

Apotheke des k. und k. Marine-Spitals in Pola. 26. September 1903.

Obige Apotheke ersucht um Zusendung von: 200 Stück Biro-Tuben gegen Gonorrhoe, 200 Stück Biro-Tuben gegen Syphilis.

H. Jenikowsky.

Wilhelmshaven, den 8. Oktober 1903.

Im Besitze Ihrer werten Anfrage vom 25. 10. 03. an C. J. Arnold hier, teile ich Ihnen ergebenst mit, daß die Deckoffizierschule die Aufstellung eines Automaten beabsichtigt und um portofreie Uebersendung eines zweiteiligen Biro-Automaten nebst 200 Biro-Tuben und 200 Biro-Creme bittet; Betrag folgt nach Ankunft

(Unterschrift), Kapitänleutnant und Kantinenvorstand.

S. M. S. „Mecklenburg". Kiel, den 10. Oktober 1903.

Auf Befehl des Kaiserlichen Kommandos S. M. S. „Mecklenburg" ersuche ich Sie, uns baldmöglichst einen doppelseitigen Automaten mit je 500 Stück Tuben Ihrer beiden prophylaktischen Mittel zugehen zu lassen. Mir persönlich wollen Sie gütigst die Prospekte und Beschreibungen des Mittels zur Orientierung übersenden.

Dr. Tiberius, Marine-Oberassistenzarzt und Schiffsarzt

Kiel, den 17. November 1903.

Im Besitz Ihres Schreibens vom 11. d. Mts. bestelle ich für das Kaiserliche Kommando S. M. S. „Hertha" und für dessen Rechnung: 900 Stück Biro-Tuben in Einzelpackung und 100 Biro-Creme zu dem für die Marine akkordierten Mindestpreis.

Dr. Henninger, Marinestabsarzt.

Kommando der 2. Torpedoabteilung. Wilhelmshaven, den 25. November 1903.

Sie werden um Lieferung folgender „Biro" pp.-Präparate ersucht: a) Zwei Doppelautomaten à 50.— M., b) 500 Stück Tuben gegen Gonorrhoe à 0,10 M., c) 500 Stück Tuben gegen Syphilis à 10 M.

Auf Befehl **Fleck,** Oberleutnant zur See und Adjutant.

Aus den letzten Tagen:

Kommando S. M. S. „Jaguar". Hankau, den 5. Januar 1904.

Ich ersuche Sie, für die Kantine S. M. S. „Jaguar" umgehend durch die Firma Matthias Rohde u. Ko. Hamburg als portofreies Marinepaket 150 Schachteln „Biro", eine Schachtel enthaltend 3 Tuben gegen Gonorrhoe 0,50 Mk., die dazu gehörige Tube gegen Syphilis 0,10 Mk. senden zu wollen.

Büchsel, Oberleutnant zur See und Kantinenvorstand.

Kommando der 2. Abteilung 2. Matrosen-Division. Wilhelmshaven, den 14. Januar 1904.

Auf die gefällige Offerte vom 11. d. M. wird um möglichst baldige Lieferung eines Doppelautomaten mit voller Füllung und ebensoviel Reserve, ergebenst ersucht.

Bechtel.

2. Kompagnie, II. Werftdivision. Wilhelmshaven, den 16. Januar 1904.

Bitte um Zusendung von Einhundertundfünfzig Stück Tuben „Biro", passend für die im Frühjahr v. Js. für die II. Werftdivision gelieferten Biro-Automaten. Rechnung bitte beizufügen.

v. Bülow, Oberleutnant z. See und Komp.-Führer.

Vom Kampfplatz in Deutsch-Südwest-Afrika

eingetroffen in Berlin am 4. Februar 1904.

Herero!

Kaiserliche 3. Feldkompagnie Keetmanshop. Keetmanshop, den 20. 10. 1903.

Die Kompagnie bittet um umgehende Uebersendung von 60 Kartons „Biro", enthaltend eine große Tube Biro-Crême und 6 kleine Biro-Tuben, außerdem 50 Tuben Biro-Crême per Nachnahme unter Adresse: 3. Feldkompagnie Keetmanshop, Deutsch-Südwestafrika. Den Tag der Absendung bitte hierher mitzuteilen.

(Unterschrift) Hauptmann und Kompagniechef.

Anzeigen.

W. Malende, Leipzig

Johannisgasse 3, I

Spezial-Buchhandlung für medizinische Litteratur

liefert schnell und prompt im In- und Ausland erschienene medizinische Werke

und sichert sorgfältigste Ausführung jedes Auftrages zu.

Anfragen finden umgehende Erledigung.

Kataloge überallhin gratis und portofrei.

A. Liesching & Co

Buchhandlung

Büchsenstr. 14. **Stuttgart** Teleph. 4424.

Gr. Lager in allen Wissenschaften. Lieferung von Zeitschriften jeder Art.
Kataloge auf Verl. gratis und franko. — Ansichtssendungen bereitwilligst.

Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart.

Ries, Dr. K., Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen. 8°. 1903. geh. M. 1.—

Nural verdaut, schafft Appetit, hebt d. Kräfte u. beseitigt schlechte Verdauung.

Diätetisches, aus leicht resorbirbaren Kohlehydraten, wirksamen Verdauungsfermenten, wie Pepsin, Bromelin, etc. eigenart. zusammenges. Nähr- u. Verdauungsmittel, das die Verdauung der Speisen ausserordentlich unterstützt und indirekt Eiweiss u. Blut bildet. – Seit 10 Jahren ärztl. verordn. bei allen Verdauungsstörungen, Magenleiden, für Reconvalesc., Blutarme u. Schwächliche (auch Kinder). Frei v. Alkohol, daher bedeut. wirksamer als alle Pepsinweine, etc. Höchster Wohlgeschmack, garant. unschädl. — Den Herren Aerzten ½ Probefl. (ca. 500 gr. Inh.) auf Wunsch grat. u. freo.

Klewe & Co.
Nährmittelfabrik
Dresden - III. 223.

Diesem Heft liegt ein Prospekt des Bades Salzschlirf bei, welchen wir gefl. Beachtung empfehlen.

Es wird höflichst gebeten, bei Bestellungen und Anfragen sich gefälligst stets auf die betreffenden Inserate in der „Monatsschrift für Harnkrankheiten" beziehen zu wollen.

☛ Es wird höflichst gebeten, bei Bestellungen und Anfragen sich gefälligst stets auf die betreffenden Inserate in der „Monatsschrift für Harnkrankheiten“ beziehen zu wollen.

„Deutscher Anker“

Pensions- und Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft in Berlin

Grundkapital 8 Millionen Mark

gewährt **Lebensversicherungen** zu den günstigsten Bedingungen und mäßigen Prämien.

Die Gesellschaft hat neu eingeführt:

Invaliditäts- u. Krankenversicherung,

besonders wertvoll und unentbehrlich für Ärzte, da wirksamster Schutz gegen die Gefahr eintretender dauernder oder vorübergehender Erwerbsunfähigkeit.

Bis Ende 1903: 4067 Krankheitsfälle mit 278802 Mark,
☛ **darunter zahlreiche Ärzte, versichert und entschädigt.** ☚

Direktions-Bureaux: Berlin SW, Friedrich-Str. 236.

Gonosan
(TRADE MARK)

(Kawasantal „Riedel“)
Vorzüglichstes
Antigonorrhoicum.

Enthält die wirksamen Bestandteile von **Kawa-Kawa** in Verbindung mit **bestem ostindischem Sandelholzöl.**

Bei Gonorrhoe: Wirkt stark anästhesierend und die Sekretion beschränkend; kürzt den Verlauf ab und verhütet Komplikationen.

Bei Cystitis: Bewirkt rasche Klärung des Urins und beseitigt die Dysurie.

Die Preise, zu denen das Präparat auf ärztliches Rezept in den Apotheken verkauft wird, sind folgende:

Mark 3.— die Schachtel von **50** Kapseln.
Mark 2.— die Schachtel von **32** Kapseln.

Die Preise f. Gonosan sind somit ungefähr dieselben wie f. die gewöhnl. Sandelöl-Kapseln.

Dosis: 4—5mal täglich 2 Kapseln (einige Zeit nach dem Essen einzunehmen). — Bei genauer Beobachtung der Diät — Vermeidung der Alcoholica und **möglichster Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr** — erfolgt die Heilung besonders schnell und ohne Komplikationen.

Yohimbinum hydrochloric. „Riedel“.
Specificum gegen Impotentia virilis.

Zweckmäßigste Einnehmeform: **Tabletten à 0,005 Gr. Dosis: 3—4 Tabletten pro die.**

— Ausführliche Literatur zu Diensten. —

Chemische Fabrik von J. D. Riedel, Berlin N. 39.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart, — für den Inseratenteil: **Oskar Gottwald, Leipzig.**
Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Digitized by Google

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—). Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 2. **März 1904.** Jahrgang I.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *S. Boß-Straßburg i. E.:* „Die interne Behandlung der Gonorrhoe."
2. *J. Cohn-Berlin:* „Über Adrenalin."
3. *M. Gordon-Hamburg:* „Über Impotenz." (Fortsetzung und Schluß.)
4. *W. Hanauer-Frankfurt a. M.:* „Zur Aetiologie und Behandlung der Prostitution."

II. Referate:

1. *Hans Schwerin:* Intoxikationspsychose nach Injektion von Jodoform in die Blase.
2. *E. Neter:* Beiträge zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose im Kindesalter.
3. *T. Zelenski u. R. Nitsch:* Zur Aetiologie der Cystitis im Kindesalter.
4. *Gerhardt:* Fall von Alkaptonurie.
5. *M. Porosz-Budadest:* Die Prostatitis und ihre Behandlung.
6. *E. Schwarzkopf-Stuttgart:* Zur Diagnose chronisch nephritischer Prozesse.
7. *K. Gerson-Berlin:* Zur unblutigen Behandlung der Phimosen.
8. *Vehmeyer* (Hafen a. d. Ems): Zur Behandlung der Phimosen.
9. *Boß-Straßburg:* Über Gonosan.
10. *Strebel:* Behandlung der Gonorrhoe durch elektrisches Glimmlicht.
11. *Siebert:* Helmitol, ein neues Harndesinficiens.
12. *Neißer & Veiel-Breslau:* Einige Syphilisübertragungsversuche auf Tiere.
13. *J. Müller-Wiesbaden:* Mundpflege bei Quecksilberkuren und einigen Mundaffektionen.
14. *F. Paràdi:* Über die Behandlung der Uterusgonorrhoe bei Prostituierten.

Digitized by Google

15. *W. Erb-Heidelberg:* Bemerkungen über die Folgen der sexuellen Abstinenz.
16. *H. Schlesinger-Frankfurt a. M.:* Die geschlechtliche Aufklärung der Jugend.
17. *E. Richter-Plauen:* Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.
18. *Blokusewski:* Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.
19. Die Bekämpfung der Prostitution, der Frauen- und Geschlechtskrankheiten durch fortgeschrittene Emanzipationsdamen.

III. **Besprechungen:**
1. *J. Hastreiter* (Straßburg i. Els.): Die Geschlechtskrankheiten des Mannes.
2. *Oscar Laßar:* Über Impfversuche mit Syphilis am anthropoiden Affen. Kurze Mitteilung mit Demonstration und Projektionen
3. *M. Gruber:*
   a) Hygiene des Geschlechtslebens, dargestellt für Männer.
   b) Führt die Hygiene zur Entartung der Rasse?
4. *G. Merzbach* (Berlin):
   a) Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen.
   b) II. Band des fünften Jahrbuches für sexuelle Zwischenstufen.

IV. **Tagesgeschichte.**

V. **Bücherschau. — Litterarische Neuigkeiten.**

I. Originalarbeiten.

Die interne Behandlung der Gonorrhoe.

Von **Dr. Boss, Straßburg i. Els.**

Nach der Entdeckung des Gonococcus im Jahre 1879 durch Neisser suchte man bei der Behandlung der akuten Gonorrhoe, ausgehend von dem Grundsatze: Cessante, causa, cessat effectus, dem Erreger des Trippers mit sogenannten bakteriziden Mitteln lokal energisch zu Leibe zu gehen. Diese bakteriologische Aera, die meines Erachtens bald ihren Höhepunkt überschritten haben wird, benutzte die chemische Großindustrie, um eine Anzahl von Präparaten auf den Markt zu werfen, deren ausgezeichnete spezifische Wirkung auf den Tripperprozeß ganz besonders gerühmt wird. Liest man die von ernsten und genau beobachtenden Forschern ausgegebenen Berichte über Protargol, Argentamin, Largin, Ichthargan, Argonin, Albargin, Itrol usw. — es scheint, daß die Fabrikation der Silbersalze noch nicht erschöpft ist —, so kann man aus ihnen den Schluß ziehen, daß einem jeden von den genannten Mitteln eine ausgesprochene bakterizide und mitunter eine, wenn auch schwache, adstringierende Eigenschaft zukommt.

Trotz der überaus günstigen mitgeteilten Resultate gibt es aber noch bis heutigen Tages eine Reihe von Autoren, die der Silberbehandlung nicht den großen Wert zusprechen, vielmehr an ihrer alten Therapie, d. h. der Behandlung mit adstringierenden Zink-, Wismut-, Kupfer-, Mangan-, Aluminium-, Thallin-Salzen festhalten. Sie behaupten, daß der Verlauf des Trippers durch lokale Injektionen mit Silbersalzen durchaus nicht gekürzt, daß im Gegenteil die Heilungsdauer durch die länger anhaltende Sekretion in die Ferne gerückt wird, daß die Abtötung der Gonococcen durch Silbersalze nicht rascher vor sich geht, als mit Adstringentien, und daß Komplikationen ungemindert auch bei Silberbehandlung auftreten. Als ein ungünstiges Moment müsse auch das lange Zurückhalten der Silbersalzlösungen in der Harnröhre angesehen werden. Bekanntlich soll nach der Vorschrift Neisser's und seiner Schüler die von ihnen bevorzugte Protargollösung bis 30 Minuten in der Harnröhre gehalten werden, damit die supponierte Tiefenwirkung sich geltend machen könne. Daß ein halbstündiges Zuhalten der Eichel nicht zu den Annehmlichkeiten gehört, ist ohne Weiteres einleuchtend. M. v. Zeissl[1]) hat daher sicherlich recht, wenn er schreibt: „Man muß offen gestehen, daß seit der Entdeckung des Gonococcus die therapeutischen Erfolge inbezug auf die Behandlung des Trippers keine wesentlich besseren geworden sind, und daß die Resultate mit parasitiziden Mitteln gegenüber den früher in Gebrauch gestandenen Präparaten keine wesentlichen Besserungen zeigen. Es ist jedoch zuzugeben, daß heute die meisten Autoren der Silberbehandlung den Vorzug geben. An erster Stelle in Gebrauch scheint immer noch das von Neisser angegebene Protargol zu stehen, von dessen Vorzügen ich mich ebenfalls bei der Behandlung der noch Gonococcen führenden Urethritis überzeugen konnte. Indessen habe ich nach dem Vorgange Saalfeld's, der der inneren Behandlung der Gonorrhoe warm das Wort redete, im Verlaufe des Jahres 1903 die frischen Gonorrhoeen lediglich intern behandelt und ich muß gestehen, daß man in vielen Fällen ohne jede lokale Therapie, nur durch Darreichung eines Balsamicums, das allerdings verschiedenen Anforderungen, wie wir weiter unten sehen werden, gerecht werden muß, genau die gleichen, wenn nicht noch bessere Resultate erzielen kann und daß die interne Behandlung gegenüber der äußeren viele Vorzüge aufzuweisen hat. Im folgenden möchte ich daher die auf Grund zahlreicher Versuche in

[1]) Diagnose und Therapie des Trippers, 1903.

der Privatpraxis gemachten Erfahrungen über die innere Behandlung der Gonorrhoe niederlegen.

Von den bisher gebrauchten Balsamicis kann ernstlich allein nur noch das Sandelöl in Frage kommen. Der Copaivbalsam, der toluanische und peruvianische Balsam, Gurjunbalsam, Matico und die Cubeben sind wegen der meist üblen Nebenwirkungen, die mitunter von schweren Folgen begleitet sind, von den meisten verlassen worden. Aber auch das ol. santal. ostindic. findet trotz warmer Empfehlung von Posner[1]), Meyer[2]), Linhart[3]), Leubuscher, Rosenberg[4]), Bloch[5]), Meyerhardt[6]) u. a. nicht allgemeine Anerkennung, da ihm ohne Zweifel sehr viele Übelstände anhaften. Unter anderem beobachtet man, wenn auch selten, Dermatitiden, wie Urticaria-ähnliche Exantheme, Erytheme und Pruritus, häufiger sind gastro-enteritische Störungen, wie Magendruck, Erbrechen und Diarrhoe, endlich Nierenreizung (Rosenberg, Fürbringer, Wolff), die sich durch Lendenschmerzen, Dysurie, Anurie, Hämaturie und Albuminurie kenntlich macht. Man ist aber zur Überzeugung gekommen, daß diese nachteiligen Nebenwirkungen, die den Gebrauch von Ol. santali sehr erschweren, oft sogar unmöglich machen, auf Verfälschung des Sandelöls mit minderwertigen Ölen zurückzuführen ist. So führt Meyerhardt[6]) aus, daß das ol. santal. häufig mit Rizinusöl oder Copaivbalsam verfälscht wird, anderseits nicht selten statt des guten ostindischen, aber teuren, das billigere in seiner therapeutischen Wirkung nicht befriedigende westindische, oder auch das australische Sandelholzöl verabreicht wird. Die beobachteten unangenehmen Nebenwirkungen sind daher auf derartige Verfälschungen oder auf schlechte Beschaffenheit des Präparates zurückzuführen, zumal leider nicht in allen Apotheken ein reines Präparat zu bekommen ist. Auch Riehl[7]) führt die unangenehmen Nebenwirkungen in erster Linie auf die häufigen Verunreinigungen zurück, wie sie H. von Soden[8]) in den käuflichen Präparaten nachgewiesen hat.

---

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1886, 34.
[2]) Berl. klin. Wochenschr. 1886, 50.
[3]) Wiener med. Presse 1887, 29—33.
[4]) Therap. Monatshefte 1887, Seite 218.
[5]) Monatsh. für pr. Dermat. Bd. XXVI 1898, S. 284 u. ff.
[6]) Therap. Monatshefte 1900, August.
[7]) Berl. klin. Wochenschr. 1898, 11.
[8]) Archiv der Pharmacie 1900, 353. Über die Bestandteile des ostindischen Sandelöles.

Es dürfte daher wohl am Platze sein, das ol. santal. in zweifacher Richtung näher zu untersuchen:

1) nach seinen chemischen Eigenschaften,

2) nach seiner pharmakodynamischen Wirkung.

Das deutsche Arzneibuch verlangt vom ostindischen Sandelöl nur folgende Konstanten:

a) einen Siedepunkt von 300°,

b) ein spez. Gewicht von 0,975—0,985,

c) Löslichkeit in 5 Teilen 70% Alkohol.

Gildemeister und Hoffmann[1]) führen als Kriterien außer dem spez. Gewicht und der Löslichkeit in 70%igem Alkohol noch das optische Verhalten und den Santalolgehalt an und schreiben über die Prüfung des Öles folgendes:

Bei den geringen Schwankungen, denen die Konstanten des Sandelholzöles unterworfen sind, lassen sich Zusätze jeder Art durch die Bestimmung des spezifischen Gewichtes, des Drehungsvermögens und der Löslichkeit in 70%igem Alkohol leicht und sicher nachweisen. Das Hauptverfälschungsmittel, das Zedernholzöl, ist durch die Erhöhung des Drehungswinkels und Verminderung des spez. Gewichtes und der Löslichkeit zu erkennen. Fast dieselben Veränderungen werden durch Copaivbalsam- und Gurjunbalsamöl hervorgerufen, nur wird durch das letztere die Drehung etwas erniedrigt.

Westindisches Sandelholzöl, das auch zum Verfälschen benutzt wird, dreht rechts und ist sehr schwer in Alkohol löslich. Das in Indien destillierte Öl soll manchmal mit Rizinusöl oder mit den fetten Ölen der Samen des Sandelholzbaumes, das als Lampenöl Verwendung findet, vermischt werden. Auch Zusätze von Sesamöl, Paraffinöl und Leinöl sind dort nicht selten. Sie verraten sich durch die Unlöslichkeit in 70%igem Alkohol und durch ihre hohe Verseifungszahl.

Das beste Mittel, sich von der Reinheit des Sandelöles zu überzeugen oder die Menge eines Verfälschungsmittels festzustellen, ist die Bestimmung des Santalolgehaltes.

Das Santalol ist ein Sesquiterpen-Alkohol von der Formel $C^{15} H^{26} O$[2]). Er ist ein ölig-flüssiger Körper von weißer, durchsichtiger Farbe. Sein Siedepunkt liegt bei 300°, das spezifische Gewicht beträgt 0,979.

[1]) Die ätherischen Öle, 1899; Berlin, J. Springer.

[2]) Ist die alte Chapoteau'sche Formel. Nach H. von Soden (Archiv der Pharm. 1900, 361 u. ff.) muß die Formel $C^{15} H^{24} O$ lauten.

R. Peter[1]) hat eine Anzahl Sandelölmuster des Handels einer eingehenden Untersuchung unterzogen und folgende interessante Entdeckungen gemacht:

Einige der untersuchten Muster glichen hinsichtlich Siedepunkt, Geruch und Geschmack gutem Sandelöl, zeigten aber geringes Drehungsvermögen und geringen Santalolgehalt unter 90%, so daß sie als verfälscht angesehen werden mußten.

Andere Öle, welche nach dem Arzneibuch als einwandsfrei gelten konnten, mußten doch als grob verfälschte Ware bezeichnet werden, und zwar zeigte die Conrady'sche Farbenreaktion mit Eisessig-Salzsäure, daß Verfälschungen mit Gurjunbalsamöl oder westindischem Sandelöl vorlag.

Einige Öle besaßen ein spez. Gewicht von 0,969, ein Drehungsvermögen von $-9^0\ 20'$, einen Santalolgehalt von 72,3% und waren in 70%igem Alkohol löslich. Ein solches Präparat muß direkt als ein schwindelhaftes angesehen werden.

Wenn nun auch das optische Verhalten in Verbindung mit der Bestimmung des Santalolgehaltes und den vom Arzneibuch angegebenen Konstanten vorzügliche Kriterien für die Beurteilung eines Sandelöles abgeben, so dürfte es doch in allen Fällen, wo eine größere Menge Sandelöl (20 gr) oder ein Polarisationsapparat nicht zur Verfügung stehen, erwünscht sein, noch andere orientierende Versuche anzustellen. Conrady[2]) hat nämlich auf eine Reaktion hingewiesen, die sich schon mit dem Inhalte einer einzigen Sandelölkapsel ausführen läßt. Diese Reaktion ist folgende:

Echtes ostindisches Sandelholzöl bleibt mit einem Gemisch von 9 Teilen Eisessig und 1 Teil Salzsäure 15 Minuten lang farblos, während die üblichen Verfälschungsmittel rosa, rote oder violetrote Färbungen geben. Setzt man zu je 7,5 ccm des Eisessig-Salzsäuregemisches (9 + 1) 2 Tropfen des zu untersuchenden Öles, erhält man folgendes Resultat:

	Nach 10 Minuten;	nach 2 Stunden
Reines Sandelöl	gelblich	gelblichrosa
Verdächtiges Sandelöl	orange—rot	rot—dunkelrot
Santalol	farblos	rosa
Zedernholzöl	schwach rosa	rosa

[1]) Ol. santal. ostind. in Gelatinekapseln. Pharm. Zeitung XLVIII 1903, 57.
[2]) A. Conrady. Zur Prüfung des Sandelöles. Pharm. Centralhalle 1897, 19.

	Nach 10 Minuten;	nach 2 Stunden
Westindisches Sandelöl	rot	dunkelrot
Gurjunbalsamöl	rot	dunkelrot
Sandelöl mit 10% Zedernöl	gelblich	orange
„ „ 10% westind. Sandelöl	gelbrot	rot
„ „ 10% Gurjunbalsam	gelbrot	dunkelrot.

Aus vorstehender Tabelle geht hervor, daß sich ein Zusatz von Gurjunbalsamöl resp. westindischem Sandelöl durch eine deutliche Rotfärbung bemerkbar macht. Reines Sandelöl ist nach 10 Minuten schwach gelblich, nach 2 Stunden gelblichrosa gefärbt. Geringe Mengen Zedernöl in Sandelöl lassen sich mit der Conrady'schen Reaktion nicht nachweisen.

Was die Siedetemperatur des Sandelöles anbelangt, so ist die Forderung des Arzneibuches, daß reines Sandelöl erst bei 300° sieden sollte, nicht aufrecht zu erhalten. Denn eine Reihe von Sandelölen, die sonst allen Anforderungen entsprechen, fangen schon bei 272—280° an zu sieden und kommen schon bei 292° ins volle Sieden.

Wenn ein Sandelöl als chemisch rein gelten soll, muß es demgemäß folgende Bedingungen erfüllen:

1) Santalolgehalt von 93—98% [1]),
2) spez. Gewicht von 0,975—0,985,
3) Löslichkeit in 5 Teilen 70%igem Alkohol,
4) Drehung von —17° bis —19°,
5) eine Siedetemperatur von 275°—295°.

II. Betrachten wir nunmehr das ol. santal. inbezug auf seine pharmakologische Wirksamkeit, so muß es folgenden Anforderungen gerecht werden:

1) Es muß lindernd auf den Entzündungsprozeß der Harnröhre einwirken,
2) die Urinausscheidung befördern helfen,
3) die Sekretion beschränken,
4) auf die Gonococcen einen entwicklungshemmenden resp. vernichtenden Einfluß ausüben,
5) die durch die Entzündung bedingte sexuelle Reizbarkeit herabsetzen, also Erektionen und Pollutionen fernhalten.

---

[1]) Bestimmt nach dem von Gildemeister und Hoffmann angegebenen Verfahren.

Eine selbstverständliche Forderung ist die, daß ein solches Balsamicum keine Magendarmstörungen hervorruft, daß es also kein übles Aufstoßen, keine Leibschmerzen, Erbrechen oder Diarrhoe erzeugt und vor allem, daß es die Nieren passiert, ohne die geringste Reizung dieses Organes zu setzen.

Prüfen wir nach diesen Gesichtspunkten die uns heute zur Verfügung stehenden Balsamica, so entspricht nur eins den gestellten Anforderungen, d. i. das Gonosan.

Die Harndesinficientien wie Urotropin, Hetralin, Helmitol kommen für unsere Zwecke nicht in Betracht, da sie wohl bei Cystitis eine günstige Wirkung entfalten, nicht aber bei Gonorrhoe, besonders wenn diese im vorderen Teil der Harnröhre lokalisiert ist. Außerdem können diese Formalinverbindungen den übrigen Anforderungen, wie Anästhesierung, Vernichtung der Gonococcen, Beschränkung der Sekretion etc. nicht genügen.

Das Gonosan ist eine gelbgrüne, ölige, durchscheinende, in Alkohol, Äther und Chloroform lösliche Substanz von stark aromatischem Geruch, welche die aus der Wurzel von Piper methysticum (Kawa) extrahierten Harze in einem Sandelöl gelöst enthält, das seiner chemischen Beziehung nach den oben erwähnten 5 Bedingungen vollauf entspricht. Das spezifische Gewicht beträgt nämlich 0,985, der Santalolgehalt mehr als 96 %; in 70prozentigem Alkohol ist es leicht löslich. Ins volle Sieden kommt dieses Öl bei 295°. Gelöst hierin st das $\alpha + \beta$ Kawaharz und zwar zu 20 %.

Die Kawawurzel wird in ihrer Heimat (Polynesien) bekanntlich schon seit langer Zeit als ein wirksames Antigonorrhoicum verwendet. Sie enthält neben 2 indifferenten. krystallisierbaren Stoffen, Kawahin und Jangonin, ein wirksames Harzgemisch, welches sich nach einem von Lewin[1]) angegebenen Verfahren in 2 gut charakterisierte Harze, das α- und β-Harz, zerlegen läßt, welche Schleimhäute unempfindlich und blutleer machen. Die anästhesierende Wirkung der Kawaharze wurde bald nach Lewin von Goldscheider[2]) bestätigt, während Dupouy[3]), Sanné[4]), Weinstein[5]), Finger[6]) und andere Autoren über die

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1886 u. 87.
[2]) Monatshefte für prakt. Dermat. 1886, V, 2.
[3]) Journal de thérapeutique 1876.
[4]) Bullétin général de thérap. 1886.
[5]) Wiener med. Blätter 1887, 26.
[6]) Blenorrhoe der Sexualorgane. 1903

Digitized by Google

vorzüglichen Erfolge berichten und zwar gestützt auf ein großes klinisches Material, zu dessen Bearbeitung in erster Linie die günstigen Erfahrungen der Eingeborenen der Südsee-Inseln angeregt hatten.

Wir haben es im Gonosan, das in Kapseln von 0,3 gr. Inhalt im Handel erscheint (20 % $\alpha + \beta$ Kawaharz, 80 % ol. santal. ostind. puriess.), mit einer kombinierten Anwendung zweier bewährter Antigonorrhoica zu tun. Daß dieses Präparat auch nach seiner pharmakologischen Beziehung den oben angegebenen Bedingungen gerecht wird, wollen wir im folgenden des näheren ausführen.

Wir untersuchen das Gonosan demgemäß:

1. in bezug auf seine anästhesierende Wirkung,

2. in bezug auf seine diuretische, bactericide und secretionsbeschränkende Wirkung,

3. in bezug auf seine anaphrodisierende Wirkung,

4. in bezug auf seine leichte Verdaulichkeit von Seiten des Magendarmkanals und seine Reizlosigkeit auf die Nieren.

Betrachten wir zuerst die schmerzlindernde Wirkung des Gonosans, so wird von allen Untersuchern die hervorragende anästhesierende Eigenschaft dieses Mittels in den Vordergrund gestellt.

M. Friedländer[1]) bediente sich des Gonosans bei Urethritis posterior, wo heftige Schmerzen, Krämpfe und Blutungen bestanden. Die Resultate waren ausnahmslos gute. 1—6 Tage nach Beginn der Medication — es wurden 8—10 Gonosankapseln pro die gegeben — waren die Schmerzen, Erektionen oder Blutungen in allen Fällen beseitigt.

Reißner[2]) hat ebenfalls in allen seinen Fällen die sehr ausgesprochene, schmerzlindernde Wirkung des Gonosans konstatieren können. Gerade in den Fällen von akuter Gonorrhoe mit heftigen entzündlichen Erscheinungen zeigte sich eine sehr günstige Wirkung. Bei einer Dosis von 8 Kapseln täglich ließen, ohne jede lokale Behandlung, nur bei entsprechender Diät, die starken subjektiven Beschwerden, der Harndrang und die schmerzhaften Erektionen schnell nach. Sehr günstig war auch sein Einfluß in den Fällen, wo ein Übergreifen auf den hinteren Teil der Harnröhre und auf den Blasenhals vorlag; hier verminderte sich lediglich unter Gonosan-Gebrauch bald die heftige Dysurie und die Erscheinungen der Urethr. post. gingen rasch zurück.

---

[1]) Deutsche Ärzte-Zeitung 1903, 12.

[2]) Deutsche Medizinal-Zeitung 1903, 58.

Küsel[1]) und Benninghoven[2]) äußern sich in gleicher Weise über die schmerzlindernde Wirkung des Gonosans. Auf Befragen erklärten alle Patienten, daß die Schmerzen bald nach dem Gebrauch von Gonosan vollständig nachgelassen hätten.

Spitzer[3]) hat das Gonosan bei 100 Patienten in Anwendung gebracht, davon betrafen

50 Patienten mit urethritis acuta ant.,
30 „ „ „ totalis,
20 „ „ „ Urethrocystis haemorrhagica acuta.

Diese letzteren waren mit Absicht ausgesucht und betrafen jene Form der Erkrankung, die mit heftigem Harndrang einhergeht, jene quälenden Schmerzen am Damme entlang verursacht und der Therapie große Schwierigkeiten bereitet. Spitzer's Schlußsatz lautet folgendermaßen: Faßt man den Gesamteindruck, den die allein mit Gonosan behandelten Patienten machen, zusammen, so ergiebt sich eine ganz besonders in die Augen springende Wirkung des Mittels, d. i. seine schmerzlindernde Eigenschaft. Die Schmerzen der Urethritis acuta ant., als auch die quälenden Symptome am Mittelfleisch bei hämorrhagischer Urethritis post. hören überraschend schnell auf. Kein Patient wollte wegen der schmerzstillenden Wirkung mit dem Gonosan aussetzen.

J. Schmidt[4]) in Mons berichtet:

La sensation de pesanteur dans le fond de la verge après chaque miction disparaît, les érections sont moins fréquentes et moins douloureuses. Il m'a semblé posséder dans les cas de cystite, meme tuberculeuse, un pouvoir analgésique marqué.

Schilcher[5]) gibt dem Gonosan vor dem Sandelöl den Vorzug, indem ersteres rasch krampfartige und brennende Schmerzen im Uro-Genitalapparat beseitigt. Die bei Cystitis stattgehabte Reizung der Blasenschleimhaut wurde einerseits abgeschwächt, andererseits wurden die mit der Schleimhautreizung einhergehenden spastischen Zustände

---

[1]) Küsel, Russkij Journal Koschnich i Veneritscheskich Bolesney, Mai 1903.
Russ. med. Rundschau 1903, 7.
Wiener med. Presse 1003, 35.

[2]) Benninghoven, Berl. klin. Wochenschr. 1903, 28.

[3]) Spitzer, Allgem. Wiener medizin. Zeitung 1903, 28.

[4]) J. Schmidt- de Mons. Contribution à l'étude du Gonosan. Nouveaux médicaments. 1903, 21.

[5]) Schilcher, Assistenzarzt im bayr. 3. Inf.-Reg., Erfahrungen mit Gonosan, Deutsche Praxis 1903, 23.

der Blasenmuskulatur und die brennenden Schmerzen durch den anästhesierenden Einfluß der Kawa in kurzer Zeit gelindert bezw. beseitigt.

Vincenzo Meyer in Neapel[1]) behandelte 95 Fälle von akuter Gonorrhoe nur mit Gonosan. Darunter befanden sich 60 Fälle mit urethr. ant. Bei diesen konnte man mit größter Deutlichkeit die anästhesierende Wirkung konstatieren. Bei 37 Patienten machte sich dieser günstige Einfluß schon 24—48 Stunden nach Beginn der Kur geltend, indem die brennenden Schmerzen und der Tenesmus verschwanden, so daß die Kranken von ihrem Leiden gar nicht belästigt wurden. Meyer schreibt im Original: Infatti, l'azione analgesica si manifestó rapida ed efficace, il che ebbe, tra l'altro, una influenza delle più benefiche non soltanto sul fisico, ma altresì sul morale degli infermi.

Saalfeld[2]) berichtet, daß das Gonosan die Schmerzhaftigkeit des gonorrhoischen Prozesses rasch herabsetzt. Diese Wirkung trat bei 75 Patienten deutlich zu Tage.

In gleicher Weise beurteilt Frieser[3]) die starke anästhesierende Wirkung des Gonosans. Auffallend war nach seiner Beobachtung die Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit schon in den ersten Tagen der Behandlung, so daß die Gonorrhoe ohne subjektive Beschwerden, ohne Brennen oder Juckreiz beim Urinieren, Erektionen und das meist unangenehme Gefühl schmerzhafter Spannung verlief. Insbesondere wirkte Gonosan bei Entzündung oder Reizung des Blasenhalses krampfstillend und reizmildernd. Der oft quälende und schmerzhafte Harndrang konnte jedesmal in sehr befriedigendem Maße gelindert, oft auch völlig beseitigt werden.

Kornfeld[4]) hat in 26 Fällen, darunter 14 mit akutem vorderen, 7 mit subacutem hinteren Tripper und 5 mit Cystitis, das Gonosan in Anwendung gebracht. Seine Patienten konnten weder Bettruhe noch diätetische Maßregeln beobachten. Trotzdem gewann er den

---

[1]) V. Meyer. La cura della Gonorrea col Gonosan. Gazetta internationale di Medicina. 1903, 24.

[2]) Saalfeld, Zur inneren Behandlung der Urethroblenorrhoe. Therap. Monatshefte 1903, Dez.

[3]) J. W. Frieser, Wien. Erfahrungen über den therapeutischen Wert des neuen Antigonorrhoicums „Gonosan". Ärztliche Zentral-Zeitung 1903, 24.

[4]) Kornfeld. Sur le gonosan. Les nouveaux médicaments. 1904, 1. (Brüssel).

Eindruck, daß die stürmischen Erscheinungen des ersten Tripperstadiums auf Gonosan überraschend schnell wichen. Die Kranken äußerten sich insgesamt auf Befragen dahin, daß die schmerzhaften, lästigen, prickelnden und stechenden Sensationen, das erschwerte Harnlassen, sowie die qualvollen nächtlichen Erektionen auf Gebrauch des Mittels zu ihrem lebhaften Vergnügen binnen 2—4 Tagen gänzlich beseitigt worden seien.

Entspricht somit das Gonosan durch seine schmerzlindernde Wirkung, die durch das $\alpha + \beta$ Kawaharz bedingt ist, der ersten Forderung, so geht aus den Beobachtungen der zitierten Autoren klar und deutlich hervor, daß es auch den unter No. 2, 3 und 4 gestellten Anforderungen genügt, indem es die Urinausscheidung befördern hilft, die Sekretion beschränkt und einen entwicklungshemmenden resp. vernichtenden Einfluß auf die Gonokokken ausübt.

Daß die Kawa den Ausfluß deutlich vermindert, ist schon von Dupouy beobachtet worden. Er fand, daß unter Kawagebrauch sich vom 4ten Tage der gelbgrüne, dichte Eiter, in eine weißliche seröse Flüssigkeit verwandelte und daß am 10ten Tage jeder Ausfluß verschwunden war. Die gleiche Beobachtung machte Sanné.

Friedländer beobachtete, daß unter Gonosan-Gebrauch die sichtbaren Entzündungserscheinungen, wie Rötung, Schwellung, Ödeme rasch zurückgingen; der Urin wurde klar, der Ausfluß heller und weniger reichlich.

Reissner fand es auffällig, daß die Sekretion sich in wenigen Tagen erheblich verminderte. Der dicke grünlichgelbe Eiter wurde bald mehr schleimig eitrig; die erste Urinportion, anfangs ganz trübe, klärte sich mehr und mehr. Mit dem Zurückgehen der eitrigen Sekretion nahm ohne jede Lokalbehandlung der Gehalt an Gonokokken zusehends ab.

Zu demselben Resultat gelangte auch Benninghoven.

Schmidt schreibt im Original:

l'attribue une influence favorable au Gonosan qui, diurétique et antiseptique, modifie favorablement les urines et présente une action antigonococcique évidente, et par là agit favorablement sur le rhumatisme blennorragique. Il peut être donné avec avantage dans les intoxications amenées par le gonocoque.

Schilcher hat das Gonosan bei chronischer Gonorrhoe angewandt. Fast in allen Eällen konnte er schon in den ersten Tagen nach Beginn der Gonosanmedikation eine Beeinflussung der Harnröhrenabson-

Digitized by Google

derung konstatieren, in dem das Sekret abnahm und mehreremale auf einige Tage gänzlich verschwand. Die Beschaffenheit des Urins wurde in allen Fällen gebessert; der meist trübe, wolkige und staubige Urin wurde nach Gonosan-Einnahme stets heller und klarer, zum Teil etwas vermehrt; Bröckelchen und Filamente traten in dem sich klärenden Urin in geringem Maße auf.

V. Meyer nahm sorgfältige mikroskopische Untersuchungen vor, über deren Ergebnis er folgendermaßen berichtet:

Con questo esame si potette rilevare che sotto l'influenza del Gonosan il numero dei gonococchi scemò in modo graduale et sensibile. Sei ad otto giorni dopo la cura con questo preparato, la secrecione, purulenta era divenuta muco-purulenta o quasi, del tutto mucosa. Di pari passo era scemato il numero dei gonococchi. Verso il dodicesimo al quattordicesimo giorno della cura, si rilevava appena qualque gonococco.

Saalfeld bestätigt ebenfalls die adstringierende-antiseptische Wirksamkeit des Gonosans, die sich sowohl bei der akuten als auch bei der chronischen Gonorrhoe geltend machte.

Bei dieser ausgesprochenen adstringierenden und baktericiden Eigenschaft des Gonosans ist es nicht auffällig, daß die bei der akuten Gonorrhoe auftretenden Komplikationen so selten werden, wie sie bisher noch nicht beobachtet wurden. Während die meisten Autoren wie Finger[1]), M. von Zeissl[2]), Wossidlo[3]) u. a. in zahlreichen Fällen ein Übergreifen des Entzündungsprozesses nach hinten konstatierten, konnte Spitzer nur 8% Komplikationen mit urethritis post. bei Gonosan-Medikation ermitteln. Benninghoven sah bei 20 mit akuter Gonorrhoe behafteten Patienten keine Komplikation eintreten.

In den von V. Meyer mit Gonosan behandelten 60 Fällen von frischer Gonorrhoe trat in 6 Fällen urethritis post. ein. Es bedeutet dies 10% Komplikationen.

Saalfeld fand bei 75 mit Gonosan behandelten Gonorrhoeen nur 3 Komplikationen und zwar einmal epididymitis, einmal oedema praeputii und bei einem 3ten Patienten, der nebenbei an einem ulcus neben dem frenulum litt, bubo inguinalis. Im Ganzen also 4% Komplikationen, wobei aber besonders auffällig ist, daß nur in einem Falle von

[1]) Die Blenorrhoe der Sexualorgane, 1903.
[2]) Lehrbuch der venerischen Krankheiten, 1903.
Diagnose und Therapie des Trippers, 1903.
[3]) Die Gonorrhoe des Mannes, 1995.

75 die Entzündung sich nach hinten fortpflanzte und epididymitis verursachte. —

Eine wichtige Eigenschaft, die dem Gonosan noch zukommt, ist schließlich erst von Saalfeld gewürdigt worden, d. i. die Herabsetzung der bei der akuten Gonorrhoe sehr häufig auftretenden sexuellen Reizbarkeit, die sich durch übermäßige, schmerzhafte Erektionen äußert und welche die Heilung in unangenehmster Weise verzögert.

Bei der Wichtigkeit dieses therapeutischen Effektes des Gonosans führe ich den darauf bezüglichen Passus der Saalfeld'schen Arbeit wörtlich an:

„In einer früheren Arbeit (Über Bromeigone. Ther. Monatshefte, Febr. 1901) konnte ich darauf hinweisen, daß die lange Dauer eines Trippers oft bedingt wird durch exzessive Erektionen, daß die Bekämpfung dieser also ein wesentliches Postulat bei der Tripperbehandlung ist, und gerade in dieser Beziehung scheint mir dem Gonosan ein besonderer Wert bei der Therapie der Urethroblenorrhoe zuzukommen. Ich halte es für wichtig, dieses Moment hier besonders hervorzuheben, das, soweit ich aus der mir vorliegenden Literatur ersehe, von anderer Seite noch nicht genügend berücksichtigt worden ist. Es wird nur behauptet, daß die Schmerzen bei der Erektion beseitigt werden, eine Eigenschaft, die u. a. Finger der Kawa zuschreibt. Daß die Erektionen selbst aber vermindert und in ihrer Stärke herabgesetzt werden, diese meine Annahme entspricht nicht etwa einer theoretischen Spekulation, vielmehr konnte ich dieses Faktum bei meinen Patienten feststellen, da ich bei den von mir beobachteten 75 Fällen nur zwei Mal genötigt war, ein Sedativum zu verordnen. Vielleicht ist das Fehlen oder das seltenere Auftreten von Erektion bei meinen Patienten darauf zu beziehen, daß ich, um einen vollen Erfolg zu erzielen meist 10—12 Gonosankapseln pro die verordnet habe".

Die gleiche Beobachtung machte Schmidt — les érections sont moins fréquentes et moins douloureuses —, ebenso Meyer — non si ebbero più erezioni dolorose —.

Endlich wird von allen Untersuchern insgesamt bestätigt, daß das Gonosan von allen Balsamicis am besten zu nehmen ist und keinerlei Beschwerden hervorruft.

Friedländer konnte störende Nebenerscheinungen nicht in einem Falle beobachten.

Reisser wandte das Gonosan in 35 Fällen an. In allen wurde

Digitized by Google

es gut vertragen, ohne Magendarmstörungen oder stärkere Nierenschmerzen zu verursachen.

Spitzer, der, wie oben erwähnt, 100 Gonorrhoiker mit Gonosan behandelte, fand, daß sich wohl ein leichtes Aufstossen bemerkbar machte. Jedoch kam es nicht in einem einzigen Falle zu Magenbeschwerden oder jenem Ekelgefühl, dem man beim Santal so häufig begegnet.

H. Lohnstein[1]) hat bei 25 Patienten, die an Gonorrhoe litten, das Gonosan in Anwendung gebracht. Aus seinen Beobachtungen, die mit denen der anderen Autoren übereinstimmen, ergiebt sich, daß diesem Präparat weder der widerliche Geschmack eigen ist, noch daß es die üblen Nebenwirkungen im Gefolge hat, welche bei dem Balsamicis, insbesondere dem einfachen ol. santali so häufig beobachtet werden. Keiner klagte über unangenehme Geschmacksempfindungen, übles Aufstossen oder Magenbeschwerden nach dem Genusse von Gonosan, während das Sandelöl bei einigen dieser Kranken derartige Beschwerden verursachte, daß die Verabreichung eingestellt werden mußte.

Schmidt schließt sich Lohnstein an. „Jamais, en effet, avec le Gonosan je n'ai constaté ni intolérance ni troubles de l'estomac ou de l'intestin; tout au plus provopue-t-il une purgation légère qui n'est pas contreindiquée dans les cas où il est ordonné."

Schilcher beobachtete, daß das Gonosan von sämtlichen Patienten gern und ohne Widerwillen genommen und auch bei lange dauerndem Gebrauch vom Magen gut vertragen wurde. Aufstoßen, Widerwillen gegen den Genuss oder auch ernstere Magenbeschwerden, wie sie beim reinen Sandelöl nicht selten sind, stellten sich nie ein; die Verdauung wurde in keinem Falle gestört. Auch die mit Sandelöl so oft auftretenden Nierenschmerzen wurden bei Gonosangenuß von keinem Patienten bemerkt.

V. Meyer gelangt zu demselben Resultat.

Gli infermi tollerarono eccellentemente questo balsamico et non ne risentirono alcun disturbo del tratto digerente.

Infine — ed è questo un fatto della massima importanza — il Gonosan non esercita alcuna infuenza nociva sull' epitelio renale. Le analisi dell' urina, durante la cura e dopo, non vi fecero mai rilevare elementi, che avessero additato una irritazione dell' organo prodotta dal Gonosan.

---

[1]) H. Lohnstein. Einige Erfahrungen über Gonosan. Allg. med. Zentral-Zeitung 1903, 33.

Digitized by Google

Bei den 75 Patienten Saalfelds gehörte selbst das Aufstossen nach Gonosan-Einnahmen zu den seltenen Ausnahmen. Von den Kranken wurde spontan niemals über Beschwerden geklagt.

(Schluß folgt.)

Ueber Adrenalin.

Von Dr. **J. Cohn, Berlin,** Arzt für Harn- und Blasenleiden.

In fast allen Zweigen der Medizin ist das nach den Angaben von Jokichi Takamine im Jahre 1901 von der Firma Parke Davis & Comp. hergestellte Adrenalin für die mannigfachsten diagnostischen und therapeutischen Zwecke in Anwendung gebracht worden, nachdem seine physiologischen Eigenschaften von Fürth (Beiträge zur chem. Physiologie und Pathologie 1902, Bd. I) geprüft worden waren. So wenig die blutdrucksteigernde Wirkung dieses Mittels bei Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, die mit Erniedrigung des Blutdrucks einhergehen, geleistet hat — vielleicht wegen der Gefahren und der kurzen Wirkung, die eine intravenöse Anwendung zur Folge hat — so sehr hat es sich eine hervorragende Stelle in dem therapeutischen Schatz bei der lokalen Behandlung vieler Organe zu verschaffen gewußt. Neben der schon erwähnten physiologischen Eigenschaft der Blutdrucksteigerung, neben der Eigenschaft, in den Kreislauf eines Tieres gebracht, Glycosurie zu erzeugen (F. Blum, Dtsch. Archiv für klin. Med., Bd. 79, 1901. C. A. Herter u. Wakemann, Journ. of Med. Scienc., Januar 1903. Poehl, St. Petersburg med. Woch. 1903, und andere), besitzt es hauptsächlich die Eigenschaft, die Gefäße der Schleimhäute zu kontrahieren, dadurch anästisierend und blutstillend zu wirken. Lehmann (Münchener Med. Woch. 1903) erklärt die blutstillende Wirkung zwar nicht durch Spasmus der Gefäße, sondern durch eine eintretende Thrombose der Kapillaren. Er konnte ohne Blutung ein Stück aus der Leber exzidieren, nachdem er 1—2 ccm einer 1 % Adrenalinlösung in das Lebergewebe gebracht hatte. Nach 30—40 Minuten verschwand die Blässe der anämisierten Leberpartie und trotzdem kam keine Blutung. Welches die Ursache auch immer sei, ob Thrombose oder Spasmus, jedenfalls war eine stark blutstillende Wirkung zu konstatieren. Diese rühmen auch die Rhinologen bei Behandlung der Epistavis und bei postoperativen Blutungen. Durch Betupfung geschwollener Partien in der Nase mit Adrenalin trat eine

Digitized by Google

solche Abschwellung ein, daß es nicht nur bei akuter Rhinitis in Anwendung kommt, sondern auch Asthmafälle, die durch nasale Erkrankungen bedingt sind, geheilt wurden. (Aronsohn, Dtsch. Med. Woch. 1903, Nr. 3 und Weil, ebenda, Nr. 12.)

Vor den Rhinologen haben das Adrenalin mit gutem Erfolge schon die Augenärzte angewandt. Einige Tropfen der Lösung in die Conjuntiva gebracht — und eine stark entzündete und gerötete Bindehaut wurde blaß. Auch bei Operationen diente es als Blutleere.

Kraemer (Dtsch. Med. Woch. 1903, Nr. 34) berichtet über die Anwendung des Adrenalins in der Gynäkologie.

Es kann daher nicht Wunder nehmen, daß ein Mittel, welchem man vor allem eine blutstillende und Gefäße adstringierende Wirkung zuschreibt, auch bei der Behandlung der Erkrankungen der Harnwage in Anwendung gebracht werden mußte. Der erste, der darüber ausführlich berichtet, war v. Frisch (Wiener klin. Wochenschrift 1903, Nr. 31). Er wandte das Adrenalin in folgender Konzentration an:

Adrenalin	0,1
Natr. chlorot	0,7
Chloreton	0,5
M. dectin	100,0.

Bei cystoskopischen Untersuchungen, die häufig wegen Blutung nicht ausführbar waren, spritzte er 100—150 gr obiger Lösung in die Blase, spülte sie dann und die Cystoskopie war möglich.

Bei Behandlung von Strikturen, bei schwerem Katheterisieren bei Prostatahypertrophie wurde es mit gutem Erfolge angewandt. Bei Harnverhaltungen von Prostatahypertrophie wurden einige Tropfen in die Urethra posterior eingeträufelt und die Retentio verschwand.

Fast gleichzeitig mit v. Frisch berichtet J. M. Bartrina (Annales des maladies des organes urin. 1902. p. 1283) über die therapeutische Anwendung des Adrenalins in den Harnwegen. Sein Präparat besteht aus:

Chlorure d'adrenalm	1,0
Solution normale de chlorure de sodium	100,0
Chlorétone	5,0

Letzterer Zusatz soll die Anästhesie noch erhöhen.

Einige Tropfen, welche die Schleimhaut der Glans berührten, genügten, um dieselbe vollständig blaß zu machen. Bei kleinen Operationen wie Circumcision, Meatotomie, Abtragung von Wucherungen etc.

hat es sowohl blutstillend wie anästisierend gewirkt. Bei Urethrotomia interna hat er es nicht angewandt, da die Operation auch so wenig schmerzhaft und wenig blutig verläuft. Keine therapeutischen Erfolge hatte er bei Hämaturien, die durch Tumoren der Blase bedingt waren. Im günstigsten Falle hörte die Blutung für einige Stunden auf, so daß das Adrenalin hierbei nur zu diagnostischen Zwecken gebraucht werden konnte, indem es die Cystoskopie ermöglichte. Eine Instillation von 20—30 Tropfen der Lösung 1 : 1000,0 wurde auf die Schleimhaut des Blasenhalses und der Urethra posterior gebracht, 5—10 Minuten nachher wurde die Cystuskopie ausgeführt. Die lokale Empfindlichkeit war vermindert, und eine leichte Blutung, welche in einigen Fällen aufzutreten pflegte, war zu vermeiden.

Vorzügliche Dienste leistete das Adrenalin in allen den Fällen von Harnröhrenverengerungen, bei denen Kongestion und Spasmen eine große Rolle spielen.

Seitdem mehren sich die günstigen Berichte über das Adrenalin. So konnten größere Harnröhren-Karfunkeln, deren Operation wegen starker Blutung unterbrochen werden mußte, nach Betupfung mit Adrenalin fast blutleer operiert werden.

Kirsch stillte durch subkutane Injektion eine Blasenblutung, Duncanson durch innerliche Darreichung. Horschelmann sah sogar bei hämorraghischer Nephritis eines 5jährigen Knaben Verminderung des Blutgehalts.

Durch unsere eigenen Beobachtungen, die wir bei einer Reihe von Patienten gemacht haben, über die wir an anderer Stelle ausführlich berichten werden, können wir nicht in allen Stücken den Literaturangaben beipflichten. Es sei jedoch erwähnt, daß wir nicht wie v. Frisch und Bartrine das von der Londoner Fabrik hergestellte Präparat angewandt haben, sondern das v. Poehl'sche, welches aus Natriumchlorat und Adrenalin besteht. Krebs (Ruski Wratsch 1902, Nr. 51) hat ebenfalls das Poehl'sche Präparet benutzt und es sei hier gleich erwähnt, daß wir ihm beistimmen müssen, daß das Mittel uns bei Cystoskopien, die wegen Blutungen nicht ausführbar waren, im Stich gelassen hat. Wir konnten weder Blasenblutungen mit Adrenalin stillen, noch Blutungen nach Meatotomie, noch stärkere Blutungen aus der Tiefe der Harnröhre.

Dagegen konnten wir uns endoskopisch von der anämisierenden Wirkung des Mittels überzeugen. Nur wenige Tropfen einer Lösung 1 : 10000 genügten, um die vorher stark gerötete Schleimhaut schon

nach kurzer Zeit blaß zu sehen. Diese vasostriktorische Eigenschaft ist es, die uns bei der Behandlung von Strikturen gute Dienste leistete, so daß wir Bartrine beipflichten können, wenn er sagt, daß bei Verwendung des Adrenalins bei der Behandlung der Harnröhrenverengerung nicht nur der Arzt viel Zeit gewinnen wird, sondern auch dem Kranken Leiden vermindert werden.

Über Impotenz.

Von **Max Gordon-Hamburg.**

(Fortsetzung und Schluß).

Diagnose.

Die Diagnose Impotenz bereitet keine Schwierigkeiten. Freilich basiert sie fast ausschliesslich auf der Anamnese und nur selten auf dem objektiven Befund. Deshalb muß man vor einer Verwechselung der Termini technici seitens des Patienten auf der Hut sein. Man frage also direkt, ob die Einführung des Gliedes in die Scheide einmal mislungen sei und ferner, ob der Samenerguß beim geschlechtlichen Verkehr allzurasch erfolge.

Eine Dissimulation ist wohl ausgeschlossen, nicht aber eine, wenn auch nur unbewußte, Simulation. Es gibt nämlich Leute, die gegenüber einer Klage auf Alimentation, sich gern erinnern, daß sie früher einmal geschlechtskrank waren, und die sich infolgedessen für zeugungsunfähig halten. Wenn sie nun Sterilität mit Impotenz identifizieren, so können sie, auch ohne mala fides, eine unrichtige Selbst-Diagnose mitbringen.

Die Diagnose der speziellen Art der Impotenz ist dagegen nicht immer leicht. Man examiniere, wenn über ein Mißlingen des Coitus geklagt wird, stets, ob vorher nicht zu viel Alkohol genossen wurde, und man vergesse niemals, daß nicht nur omnis syphiliticus, sondern auch jeder Onanist mendax. Man frage, ob der Coitus einmal oder wiederholt oder stets mißlungen sei, wann solches zuletzt der Fall gewesen, ob es sich dabei um eine puella publica gehandelt, ob zuweilen kräftige Erektionen auftreten, ob andere Erkrankungen, namentlich Gonorrhöe und Diabetes vorhanden oder vorausgegangen, usw. Die Inspektion und Palpation der Genitalien ist stets vorzunehmen. Dagegen dürfte die bei den Spezialisten beliebte Urethroskopie ausnahms-

Digitized by Google

los überflüssig sein. Bei Verdacht auf Impotentia postgonorrhoica ist die Untersuchung des Urins auf Trübung oder Filamente — mittels der bekannten Zweigläserprobe — nicht zu unterlassen. Ist der Befund des Tagesurins negativ, so ist auch der Morgenurin zu untersuchen.

Prognose.

Die Prognose der Impotenz ist, je nach der Art der Impotenz, verschiedenartig. Es ist an dieser Stelle nur von der Wiederherstellung der Funktion die Rede, und es sei hiermit nur ganz kurz darauf hingewiesen, daß die Impotenz die Psyche des Patienten bis zum Suicidium deprimiert und das Eheglück vernichtet.

In zweifelhaften Fällen stelle man die Prognose vorsichtig, aber niemals zu schlecht. Es gelangt auch manche Impotenz zur Heilung, von der man es kaum erwarten sollte. Verfasser sah wiederholt Patienten mit ziemlich aussichtsloser paralytischer Impotenz den Beweis ihrer Heilung durch eine frische Gonorrhöe bekräftigen.

Die Prognose der mechanischen Impotenz ist schlecht, falls es sich nicht um Tumoren handelt, die zu beseitigen sind. Auch die Schwielenbildungen der Corpora cavernosa machen die Prognose ungünstig.

Die Prognose der psychischen Impotenz ist stets günstig, dagegen die der Impotentia perversa meist schlecht.

Die Prognose der Impotentia nervosa ist gewöhnlich als günstig zu bezeichnen; freilich darf man nicht verlangen, daß schwächliche Personen sich in Helden der Potenz verwandeln. Der vorzeitige Samenerguß ist häufig zu bessern und zu heilen, zeigt sich in einzelnen Fällen aber von äußerster Hartnäckigkeit.

Die Prognose der Impotentia paralytica ist nur teilweise günstig. Durchaus schlecht ist sie bei solchen Personen, die der Onanie bereits als Jungen gefröhnt haben, und denen nun selbst die Morgenerektion fehlt. Schlecht ist sie ferner bei Natura frigida, bei alten Herren, deren Rüstigkeit deutlich nachgelassen hat, bei vorgeschrittener Tuberkulose und schwerem Diabetes, bei Potatoren und Morphinisten. Bei Impotentia postgonorrhoica ist die Prognose günstig, wenn der behandelnde Arzt eine chronische Gonorrhöe nicht zu malträtieren, sondern zu heilen versteht. Die Berufsimpotenz ist gleichfalls heilbar. Überhaupt sind die Fälle paralytischer Impotenz, bei denen ärztliche Kunst helfen kann, sehr zahlreich, jedenfalls zahlreicher, als Laien und unerfahrene Ärzte anzunehmen pflegen.

Digitized by Google

Prophylaxe.

Prophylaktisch sind Knaben und Jünglinge gegebenen Falls zu belehren, daß frühzeitiges und maßtloses Onanieren zwar niemals zu Rückenmarksschwindsucht und Gehirnerweichung, wie es blöde Bücher schildern, sicher aber zu unheilbarer Impotenz führt. Gnorrhoiker sind darauf hinzuweisen, daß der Tripper durchaus nicht eine Erkrankung ist, die vernachlässigt werden darf. Der Arzt erkläre eine Gonorrhöe nie für geheilt, solange er sich nur von dem Verschwinden des Ausflusses überzeugt hat, sondern achte stets auf etwaige Filamente im Urin. (Die moderne Spionage nach Gonokokken kann der Praktiker getrost unterlassen. Sie verleitet leider nur allzu oft zu Fehldiagnosen, die selbst dem Laien nicht passieren, zu schlechtester Therapie, zu vorzeitiger Gesunderklärung des Patienten und daraus resultierenden Gefahren für ihn und seine Beischläferin und diskreditiert schliesslich die bereits hinlänglich mißachtete ärztliche Kunst beim Publikum, wie es auch andere bakteriologische Übertreibungen glücklich fertig gebracht haben.) Zur Prophylaxe des vorzeitigen Samenergusses ist jede unnütze geschlechtliche Erregung sowie der habituelle Gebrauch von Kondoms und der habituelle Coitus interruptus zu vermeiden. Auch ist eine regelmäßige Ausübung der Kohabitation zweckmäßig; ein hygienisches Postulat, welches allerdings mit den herrschenden Ansichten über Moral und, was für viele noch schlimmer ist, mit den sozialen Verhältnissen gewaltig kollidiert. Deshalb sage der Arzt unverheirateten Jünglingen und Männern, die ihn befragen, ob geschlechtliche Enthaltsamkeit schädlich oder notwendig sei, daß sie zwar nicht schade, solange sie nicht besonders lästig empfunden werde, daß aber der geschlechtliche Verkehr als solcher gleichfalls der Gesundheit nicht nachteilig sei, daß er jedoch außerhalb der Ehe die Gefahr der Ansteckung und der bekannten sozialen Unliebsamkeiten mit sich bringe. Welches Übel kleiner und darum wünschenswerter sei, möge der Klient dann selbst entscheiden.

Therapie.

Der Patient, welcher einen Arzt wegen Impotenz konsultiert, wird häufig mit der einfachen Tröstung bedacht, daß sein Zustand sich wohl von selbst bessern werde, oder er wird auch kurzweg für unheilbar erklärt oder ausgelacht oder mit gekränkter Miene stolz abgewiesen. Auf solche Weise wird allerdings wenig Nutzen gestiftet

Digitized by Google

während doch in vielen Fällen von Impotenz Besserung und Heilung zu erzielen sind. Jeder Patient ist also zunächst nicht nur geduldig anzuhören und ausführlich zu befragen, sondern auch sofort zu untersuchen. Man inspiziere und palpiere das Glied und die Hoden und betrachte eventuell auch den Urin. Hiermit fängt das Vertrauen des Patienten auf einen Erfolg der Behandlung an. Die psychische Therapie ist aber einer der beiden Hauptfaktoren, welche die Heilung der Impotenz herbeiführen. Deshalb scheue man sich auch nicht, dem Patienten bei der ersten Konsultation eine Medizin zu verschreiben. Operable Fälle mechanischer Impotenz sind natürlich baldigst dem Chirurgen zu überweisen. Unheilbare Fälle mache man darauf aufmerksam, daß eine Behandlung kaum aussichtsvoll sei, aber auch keinen Schaden stiften werde. Bei konsekutiver Impotenz ist das Grundleiden zu behandeln.

Der zweite Hauptfaktor, welcher zur Heilung der Impotenz führt, ist die Zeit. Deshalb verspreche man keinem Patienten, daß er in wenigen Tagen von seinem Leiden befreit sein werde; vielmehr weise man immer sogleich darauf hin, daß zu einer erfolgreichen Behandlung längere Zeit nötig sein könne. Nichts ist nämlich der Heilung der Impotenz mehr im Wege, als die fruchtlosen Versuche zur Kohabitation, die der Patient vorzeitig unternimmt. Wenn der Impotente alle derartige Versuche Wochen und Monate hindurch unterläßt und in dieser Zeit auch allen anderen geschlechtlichen Erregungen aus dem Wege geht, so sammelt sich soviel Sperma bei ihm an, daß die Erektionen wieder häufiger und kräftiger werden. Mit ihnen erstarkt auch wieder sein Selbstvertrauen.

Neben den genannten beiden Hauptfaktoren sind bei Impotenz zahllose andere therapeutische Prozeduren in Anwendung gezogen worden: Arzneimittel, Hydrotherapie, Massage, Elektrizität, Badereisen, Sauerstoffinhalationen, Suspensionen, Hypnotismus, mechanische Apparate usw. usw. Man darf von allen diesen Methoden nicht zu viel erwarten. Deshalb suche man jede umständliche und kostspielige Kur möglichst zu vermeiden. Bezüglich der Medikamente ist zu bemerken, daß es keine Spezifika gegen Impotenz gibt. Auch Spermin und Yohimbin wirken nicht spezifisch, sondern — falls sie es überhaupt tun — nur psychisch. Die noch immer geübte Verabreichung von Cantharidentinktur ist ein Kunstfehler.

In einfachster Weise kann der praktische Arzt die Impotenz nach folgendem Schema behandeln:

Der Patient wird angewiesen, nicht eher einen neuen Versuch

zur Kohabitation zu machen, als bis sich hinreichend häufige und kräftige Erektionen bei ihm eingestellt haben, keinesfalls aber vor Ablauf von ungefähr sechs bis acht Wochen. — Dieses Verbot genügt meistens zur Heilung der psychischen Impotenz, da es gewöhnlich den Patienten zu widersprechendem Handeln anreizt, seine Befangenheit überwindet und infolgedessen den Coitus gelingen läßt. Ein Rezidiv ist dann kaum zu befürchten. — Ebenso streng wie der Versuch zur Kohabitation ist — und zwar dauernd — jede andere geschlechtliche Erregung (Onanie, Herumdrücken mit Frauenzimmern, Besichtigung obszöner Bilder, Lesen schlüpfriger Bücher) und auch die Lektüre medizinischer Schriften zu untersagen. Jeden Morgen ist eine kalte Abreibung des ganzen Körpers vorzunehmen. Personen, die eine solche nicht gewöhnt sind, benutzen anfänglich lauwarmes Wasser. Beginnt die Behandlung im Winter, so kann nach der Abreibung noch einmal das Bett für einige Minuten aufgesucht werden. Ferner wird der Patient aufgefordert, sich möglichst kräftig zu nähren, namentlich viel Fleisch, Eier, stark gewürzte und pikante Nahrung, Kakao zu genießen, dagegen nicht zu viel Spirituosen zu sich zu nehmen und auch nicht übermäßig stark zu rauchen. Man hebe hervor, daß der regelmäßige Konsum größerer Mengen Bier der Potenz nicht förderlich ist, und daß die Vertilgung eines großen Alkoholquantums kurz vor beabsichtigtem Geschlechtsverkehr die erforderliche Erektion verhindert, Der Patient hat weiterhin für regelmäßigen Stuhlgang, frische Luft. Bewegung — eventuell aber auch Ruhe — und für Zerstreuung Sorge zu tragen. Schließlich erhält er eine Medizin verordnet. Man kann zunächst irgend ein Tonikum geben z. B.

Rp.

Tct. Chin. comp.
Tct Rhei vinos. aa 15,0

M. D. S. Vor der Mahlzeit einen halben Theelöffel.

Erscheint der Patient nach Verbrauch dieser Tropfen der Weisung gemäß wieder, so erkundigt man sich nach etwaigen Erektionen und verschreibt ihm nun ein weniger indifferentes Mittel z. B.

Rp.

Extr. Cannab. indic.
Extr. Nuc. vomic. aa 0,5
Ergotin. 2,5
Pulo. et Succ. Liquirit aa g. s.

ut f. pilul. No. 20.

D. S. Morgens und abends eine Pille zu nehmen.

Bei diesem Rezept mache man den Patienten darauf aufmerksam, daß er nicht mehr Pillen als vorgeschrieben nehmen darf, daß sich bei ihrem Gebrauch zuweilen etwas Unbehagen einstellt, und daß die Pillen dann auszusetzen sind, bis dieses vorübergegangen.

Bessern sich bei solchen Verordnungen die Erektionen, so kann man weiter Medikamente geben z. B.

Rp.

Acid. phosphoric. 30,0

D. S. Dreimal täglich zwanzig Tropfen in einem Weinglase Zuckerwasser.

Auch nach dem Gebrauch einer Einreibung der Genitalien mit

Rp.

Tct. Nuc. vomic. 50,0

D. S. Äußerlich. Morgens und abends einzureiben.

hat Verfasser von seinen Patienten wiederholt günstige Berichte erhalten.

Erzielt man mit Medikamenten keine Besserung, so kann man Salzbäder verordnen. Zweimal wöchentlich ein Vollbad mit $2^1/_2$ kg — später mehr — Badesalz. Temperatur 27^0 R., später niedriger. Dauer zehn Minuten. Bei paralytischer Impotenz sind auch kalte Sitzbäder zu versuchen. Wo Flußbäder und Seebäder zu haben sind, wird man sich ihrer stets gern bedienen. —

Mit derartig überaus einfacher Behandlungsweise hat Verfasser zahlreiche Heilungen erzielt.

Bei Impotentia postgonorrhoica macht man erfolgreich Instillationen mit $2\,^0/_0$ oder $3\,^0/_0$ Argent. nitric. Lösungen. Dieselben scheinen auch bei anderen Formen der Impotenz von guter Wirkung zu sein.

Bei Ejaculatio praecox wird der Genuß eines Glases Bier oder Wein einige Zeit vor dem beabsichtigten Beischlaf empfohlen. Hartnäckige Fälle behandle man mit der Einführung von Metallsonden in die Harnröhre, eventuell mit den genannten Instillationen. Daneben kann man Brompräparate verordnen z. B.

Rp.

Camphor. bromat.
Sacchar. an 0,25

m. f. pulv. D. t. d. No. XV.

S. Morgens und abends ein Pulver zu nehmen.

Überhaupt sind bei allen Formen von Impotenz, welche mit Neurasthenie vergesellschaftet sind, die Sedativa den Tonicis vorzuziehen. Es seien deshalb noch Sandow's brausendes Bromsalz und folgendes Pulver erwähnt:

Rp.

Natr. bromat. 1,5
Camphor.
Lupulin. aa 0,1

m. f' pulv. D. t. d. No. X.

S. Abends ein Pulver zu nehmen.

Die Impotenz veranlaßt den Patienten, nicht nur Heilung beim Arzt zu suchen, sondern auch dessen Ansicht und Rat bezüglich einer Eheschließung einzuholen.

Bei Patienten mit absolut ungünstiger Prognose ist die Ehe zu widerraten. Rein psychische Impotenz ist hingegen kein Ehehindernis. Bei den übrigen Fällen ist nur dann gegen eine Ehe nichts einzuwenden, wenn Heilung bereits erfolgt ist oder in sicherer Aussicht steht. Man bedenke jedoch, dass mit einem geregelten Geschlechtsverkehr, wie ihn die Ehe mit sich bringt, zuweilen das beste Heilmittel mancher Impotenzformen, besonders der Ejaculatio praecox, gewonnen ist. Bei jedem Consensus matrimonii ist dem Klienten darzulegen, daß die meisten Frauen zwar keine allzu großen Ansprüche an die Potenz ihres Mannes stellen, daß sie sogar nicht selten einer häufigen Betätigung des Geschlechtstriebes abhold sind, daß es aber auch Frauen gibt, die von einer geringen Potenz durchaus nicht zu befriedigen sind und deshalb zu Liebhabern ihre Zuflucht nehmen. Leider ist den Frauen der Grad ihrer Sinnlichkeit nicht anzusehen, so daß äußerst überraschende Irrtümer vorkommen können. Dem Manne, dessen Geschlechtskraft nur unbedeutend, ist auch anzuraten, mit derselben sparsam umzugehen und nicht durch allzuhäufigen Liebesgenuß in den Flitterwochen bei seiner jungen Frau Wünsche und Hoffnungen zu erregen, die er später nicht erfüllen kann. Der Arzt halte sich auch nicht für zu vornehm, um nötigenfalls dem jungen Ehekandidaten die Ars amandi etwas zu enthüllen; denn mangelnde Erfahrung sowie große Ungeschicklichkeit beider Ehegatten können den Coitus bis zur Unmöglichkeit erschweren. Ein alter Lüstling ist vor der Ehe mit einem keuschen jungen Mädchen zu warnen.

Zur Aetiologie und Behandlung der Prostitution.

Von Dr. med. **W. Hanauer, Frankfurt a. M.**

Mit der Prostitution als der Hauptquelle der ansteckenden Geschlechtskrankheiten muß sich die sexuelle Hygiene immer und immer wieder befassen. Die Regulierung — dieses Wort im weitesten Sinne gefaßt — der Prostitution ist demgemäß eine der wichtigsten Fragen in dem vielgestaltigen Komplexe von Problemen, mit welchen sich der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten zu beschäftigen hat. Die Aufgabe ist hier genau vorgezeichnet; sie lautet: die Übertragung der sexuellen Infektionen durch die Prostitution soll möglichst eingeschränkt werden, in dem Augenblicke, wo es gelänge, diese Ansteckungen ganz auszurotten, wäre des Interesse der Ärzte an der Prostitution erschöpft.

Wenn man ganz allgemein die Stellungsnahme betrachtet, die unsere Zeit der Prostitution gegenüber einnimmt, so ergibt sich, daß man im wesentlichen von vier Gesichtspunkten aus an die Behandlung dieser Frage herantritt. Der 1. ist die Reglementierung, der 2. die Verminderung der Prostitution der 3. der Standpunkt der Abolitionisten, der 4. derjenige, welcher die Prostitution durch Strafen verboten wissen will. Es ergibt sich daraus, daß alle Richtungen darin einig sind, daß die Prostitution eine Erscheinung ist, die man nicht als etwas Gleichgültiges betrachten darf, sondern die als Schattenseite des Lebens irgendwie beeinflußt werden muß. Nur sind die Wege, die man dazu einschlägt, grundverschieden. Die Reglementaristen nehmen die Prostitution als etwas Gegebenes, und, indem sie sich durch die Tatsachen der Geschichte belehren lassen, als etwas Unausrottbares an, sie sehen ihre Aufgabe daher darin, diesem Übel möglichst die Giftzähne auszubrechen. Daneben tritt neuerdings die Richtung mehr hervor, welche bezweckt, unbeschadet der Notwendigkeit der Reglementierung und der Anerkennung des Grundsatzes, daß sich auch bei der Prostitution das Angebot nach der Nachfrage richtet, doch den Verfall in die Prostitution möglichst zu verhüten und ihr eine Anzahl Opfer abspenstig zu machen, indem man sich ärztlicherseits sagt, je grösser die Zahl der Prostituierten, desto größer die Möglichkeit der Verbreitung von Syphilis und Schanker, wenn es demnach gelingt, eine mehr oder minder große Zahl weiblicher Individuen der Prostitution zu entreißen, so werden diese auch hinsichtlich der sexuellen Infektionsmöglichkeit unschädlich sein.

Diese beiden Gruppen haben bei ihrem Vorgehen die sexuelle Prophylaxe im Auge, was von den Abolitionisten nicht gilt.

Diese verwerfen bekanntlich die Reglementierung, weil sie nutzlos wäre, das weibliche Geschlecht entehre und die Dirnen noch mehr depraviere; sie meinen dagegen mit anderen, viel gründlicheren Mitteln der Prostitution auf den Leib rücken zu können, sie betrachten diese als Folge sozialer Übelstände; würden diese ausgerottet, so werde damit auch die Ursache der Prostitution beseitigt. Diejenigen endlich, welche die Prostitution bestraft wissen wollen, machen sich die Sache noch leichter, sie betrachten die Erscheinung einseitig vom moralisierenden Standpunkt als ein Laster und Verbrechen, und sind naiv genug zu glauben, daß eine kriminelle Ahndung der Prostitution genüge, um dieses Übel aus der Welt zu schaffen oder es wenigstens unschädlich zu machen. Diese Annahme ist so widersinnig, daß es sich nicht lohnt, mit dieser Richtung weiter zu diskutieren und ihre schon oft genug widerlegten Einwände nochmals ad absurdum zu führen.

Wichtiger sind die Einwände der Abolitionisten — gehören dieser Richtung doch nicht allein die Frauen, eine große politische Partei, sondern auch namhafte Hygieniker an, ich nenne u. a. Prof. Gruber in München. Die Agitation dieser Gegner der Reglementierung ist um so beachtenswerter, weil es ihnen bekanntlich in einigen Ländern gelungen ist, praktische Erfolge zu erzielen und — nicht zum Vorteil der sexuellen Proplylaxe — die früher bestandene Reglementierung zu beseitigen. Wie schon erwähnt, sieht diese Richtung die Hauptursache der Prostitution in sozialen Übelständen, sie nimmt an, daß die Mädchen durch Not, Entbehrung, schlechte Löhne und Arbeitslosigkeit dem Laster in die Arme geführt werden. Hier müsse der Hebel der Besserung angesetzt werden. In der Tat ein ganz einleuchtender und logisch richtig entwickelter Gedanke, es soll sich also um eine Art von aetiologischer Therapie handeln, die immer die beste aller Therapien ist, denn cessante causa, cessat effectus. Wenn es dem Arzt gelingt, bei der Krätze die Krätzmilben abzutöten, bei einem Magenkatarrh die die Zersetzung im Magen unterhaltenden Speiseteile fortzuschaffen, dann greift er in der Tat das Übel bei der Wurzel an. Wenn dies nur mit der Prostitution ebenso leicht gelänge!

Es soll aber nicht heute meine Aufgabe sein, die Argumente aufzuzählen, welche den Abolitionisten zur Widerlegung ihrer Theorie entgegen gehalten werden, sondern nur Fingerzeige geben hinsichtlich der Methodik, welche bei Erörterung der Frage der Aetiologie zu beachten ist. Es ist daher nötig, die andere Auffassung über das Wesen der Prostitution kurz zu erwähnen, wobei ein detaillierteres Eingehen für

Digitized by Google

den Leserkreis dieser Zeitschrift erübrigen dürfte. Danach sind die Prostituieren Degenerierte, erblich Belastete und erblich Entartete. Lombroso hat diese Theorie zuerst in ein System gebracht, er schuf den Begriff der geborenen Prostituierten, die Ausübung dieses Gewerbes sei als ein Aequivalent des Verbrechens zu betrachten. Neuerdings verwirft Bonhöffer den Begriff der angeborenen Prostitution; auf Grund seiner Untersuchungen der Dirnen im Breslauer Gefängnisse kommt er zum Resultat, daß es sich meist um Imbecille handle, es sei daher gar nicht nötig, für die Prostituierten ein neues anthropologisches Schema aufzustellen.

Es liegt auf der Hand, daß eine derartige Auffassung des Wesens der Prostitution sich mit dem Vorgehen der Reglementaristen sehr gut verträgt. Denn, wenn es gewiß ist, argumentieren diese, daß die Dirnen schwachsinnige Individuen sind, Schwächlinge in moralischer und intellektueller Hinsicht, mit körperlichen Degenerationszeichen versehen, von Hause aus prädestiniert zum Laster, dann wird man hier nichts bessern, selbst wenn man die Not beseitigt, selbst wenn man die sozialen Zustände von Grund auf reformiert, es hat auch keinen Sinn, an der einzelnen Dirne Besserungs- und Bekehrungsversuche zu machen, die Magdalenenasyle sind eine höchst überflüssige Einrichtung, da gibt es eben nur ein Mittel: durch ein Netz von gesundheitlichen und polizeilichen Vorschriften müssen diese antisozialen Elemente möglichst unschädlich gemacht werden.

Welche von diesen beiden aetiologischen Richtungen ist nun im Rechte? Welche Beweise führen sie für die Richtigkeit ihrer Dogmen an? Wenn man das Material prüft, das von beiden Seiten her zusammengetragen ist, so ergibt sich, daß beide Richtungen sich bisher nicht übermäßig angestrengt haben, um einwandsfreie Nachweise bezüglich der Aetiologie der Prostitution zu bringen, was ja allerdings mit der Schwierigkeit der Materie zusammenhängen mag.

Die Anthropologen, wie ich die Anhänger der Lehre von Lombroso, Tarnowsky usw. kurz nennen möchte, haben zunächst die Geschichte für sich; sie können darauf hinweisen, daß es eine Prostitution immer gegeben hat zu allen Zeiten nur mit wechselnden Formen, auch wo soziale Nöte nicht vorhanden waren, gab es Prostituierte. Baumgarten ist in seinem Aufsatze: „die Beziehungen der Prostitution zum Verbrechen" (Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 11) ebenfalls die Ansicht, daß bei einer Unzahl von Prostituierten nicht die Not als die Ursache der Hingabe an das Laster bezeichnet werden könne. Es sei ein Irrtum, daß das Schandgewerbe vermöge des mit demselben verbundenen

Digitized by Google

mühelosen Erwerbs und Wohllebens die Frauen anlocke. „Ein verhältnismäßig nur geringer Prozentsatz der Prostituierten lebt tatsächlich in anscheinendem Wohlstande, während die bei Weitem überwiegende Mehrzahl in unsagbarem, wirtschaftlichem Elende, welches sogar jenes der niedersten Magd oder Taglöhnerin übertrifft, schmachtet". Diese Wahrnehmungen des kundigen Wiener Polizeimannes sprechen nicht für die soziale Theorie der Prostitution, es müsste denn nur sein, daß in zahllosen Fällen direkte Arbeitslosigkeit und der Hunger die Mädchen dem Laster in die Arme geworfen hätte.

Es gibt nun außerdem so viel Not und so viel Hungerlöhne, und doch tritt nur ein ganz geringer Teil dieser Lohnarbeiterinnen in das Heer der Prostitution über.

In positiver Hinsicht ist von mit der Prostitution berufsmäßig beschäftigten Ärzten, von Irrenärzten, Amtsärzten, Krankenhausärzten manches Material zur Erforschung der Anthropologie der Prostituierten und zur Erhärtung der Entartungstheorie beigebracht worden. Diese Untersuchungen erstrecken sich auf die Anatomie, Biologie und Psychologie der Prostituierten, die Begutachtung ihres Geistes- und Gemütszustandes und ihre Kriminalität. Am eingehendsten ist die Naturgeschichte der Prostitutierten von Lombroso dargestellt worden, doch haben seine Ausführungen vielfach Anfechtungen erfahren. Stromberg hat die russische Dirne beschrieben. Parent-Duchatelet (die Prostitution in Paris, Freiburg 1903) hat die Sitten und Gepflogenheiten sowie die Physiologie der Pariser Dirnen dargestellt, Bonhöffer hat hat eine psychiatrische Untersuchung über die öffentlichen Mädchen in Breslau veröffentlicht. Über die verhältnismäßig am leichtesten darzustellende Kriminalität der Prostituierten lagen zahlreiche statistische Daten vor.

Welches Material bringen nun die Abolitionisten vor zur Stützung ihrer Ansicht, daß die Prostitution ihre Ursache in den Verhältnissen habe. Dieses Material ist mehr als dürftig, einige Zahlenreihen, welche nachweisen sollen, daß bei manchen weiblichen Berufsständen die niedersten Einkommenklassen das größte Kontingent zum Dirnentum stellen, das ist alles, was an positiven Nachweismitteln herbeigebracht wird, im übrigen wird demnach die These von der Entstehung der Prostitution durch soziale Einflüsse mehr geglaubt als bewiesen.

Aber auch was die Anthropologen vorbringen, unterliegt in Folge des immerhin noch geringen Materials noch vielen Zweifeln und Anfechtungen.

Es gilt demnach, wenn wir über die Genesis der Prostitution einwandsfrei unterrichtet werden wollen, noch viel umfassendere Unter-

suchungen anzustellen, dieselben sollen ohne tendenziöse Voreingenommenheit vorgenommen werden, sie sollen nur der Erforschung der objektiven Wahrheit dienen. Massenuntersuchungen müßten zu diesem Zwecke an vielen Tausenden der Prostitutierten vorgenommen werden; dazu wären die Ärzte, die Behörden und auch Frauenvereine am ersten geeignet. Von Ärzten kämen in Betracht: die Untersuchungsärzte, Polizeiärzte, Krankenhaus-, Gefängnis- und Irrenärzte. Was die Frauenvereine anlangt, so dürfte es ganz notwendig sein, sie an derartigen Enquêten zu beteiligen, denn, wenn sie als Wortführerinnen im Kampfe gegen die Reglementierung auftreten, so mögen sie sich auch bemühen, Material herbeizuschaffen, das ihrem Vorgehen zur Stütze dienen kann.

Derartige Enquêten würden, zumal wenn sie von verschiedenen Seiten aus vorgenommen würden, viel Material beibringen, das bis jetzt noch für die Aetiologie der Prostitution nicht verwertet wurde, würde manchen Zweifel lösen und würde auch manchen Irrtum zerstreuen.

Die Untersuchungen hätten sich zu erstrecken:

1. auf die Anamnese, die Eltern, Großeltern, Geschwister, soziale Verhältnisse derselben, Vorkommen von Geisteskrankheiten, Trunksucht, Verbrechen, Syphilis bei ihnen,
2. auf die Erziehung und Schulbildung der Mädchen,
3. frühere Berufe und Einkommen,
4. vorausgegangene Krankheiten,
5. bei Inskribierten: sittliche Qualität, Verführung, Geburten, Strafen vor der Einschreibung,
6. jetziger Gesundheitszustand und anthropometrische Verhältnisse,
7. Bildungszustand,
8. moral. Charakter,
9. Lebensweise, Vermögen und Einkommen, Strafen seit der Einschreibung.

Nach diesen Daten wird man eher in die Lage kommen, sich ein Bild von den tatsächlichen Zuständen der Prostitution zu machen und auch ätiologische Aufschlüsse zu erhalten. Natürlich müssen sich die Untersuchungen auf viele Tausende von Dirnen erstrecken. Sie sollten möglichst auch die geheime Prostitution umfassen, denn gerade die Vergleichung des Charakters der Inskribierten mit dem der nicht Inskribierten wird wertvolle Anhaltspunkte über den Nutzen oder Schaden der Inskription gewähren. Notwendig ist die Beachtung der Zeit, seit wann ein Mädchen den Beruf ausübt, um zu erfahren, wie

die Länge der Ausübung des Berufs auf das ganze Individuum einwirkt. Ebenso wichtig ist die Beachtung der Beziehungen der verschiedenen Berufsarten zur Prostitution, da man hiermit noch am ersten gewisse prophylaktische Vorschläge verknüpfen kann. Von diesem Gesichtspunkt habe ich jüngst die Beziehungen zwischen Dienstboten und Prostitution behandelt. Der Aufsatz wird demnächst in der „Monatsschrift für soz. Medizin" erscheinen.

II. Referate.

Hans Schwerin: Intoxikationspsychose nach Injektion von Jodoform in die Blase. Inaug. Dissert. Berlin 1902. (Deutsch. Medizinal-Ztg XXIV. 1903).

Nach einer kurzen historischen Darstellung von der Entwicklung der Jodoformtherapie in der Chirurgie schildert der Verfasser einen Fall von Intoxikationspsychose, der bei einem 65jährigen Patienten nach Injektion von 12 gr. Jodoform (innerhalb 8 Tagen) in die Blase aufgetreten war. Die ausführliche Mitteilung dieses Falles ist um so interessanter, als der Verfasser in der umfangreichen Literatur mit Ausnahme eines kurzen Hinweises von Kaufmann und Kümmel diese Erkrankung nicht erwähnt fand. Daß es sich bei dem Patienten, dem einige Jahre vorher ein Blasenstein durch Litholapaxie entfernt worden und der wieder 4 Jahre später die Bottinische Operation an sich hatte vornehmen lassen, um eine wirkliche Jodoformpsychose gehandelt hat, beweist der Umstand, daß nach Sistieren des Jodoforms der Zustand sich besserte und der Patient mit dem Tage wieder normal war, an dem die Jodausscheidung aufhörte. Der lokale Befund hatte sich unter der geübten Behandlung bedeutend gebessert. Silber-Breslau.

E. Neter: Beiträge zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose im Kindesalter. (Archiv f. Kinderhlkd. Bd. 36, Heft 3—6).

Auf Grund der Mitteilungen in der Litteratur und eigener Erfahrungen — Vf. berichtet über 4 Fälle, welche 1, $1^1/_2$, $1^1/_4$ und $4^1/_2$ Jahre alte Kinder betreffen — kommt N. zu folgenden Schlüssen:

1. Die weibliche Genitaltuberkulose im Kindesalter kommt primär vor (zumeist in Form der Tubentuberkulose).
2. Sie kann den Ausgangspunkt einer Peritonealtuberkulose bilden.
3. Es ist deshalb bei der Diagnose einer Tuberkulose des Bauchfells dieses ätiologische Moment zu berücksichtigen, event. bei einer Operation die Adnexe daraufhin nachzusehen.
4. Vaginalfluor ist bei Verdacht auf Peritonealtuberkulose oder bei skrofulösen, anämischen Mädchen stets auf Tuberkelbazillen zu untersuchen. Der negative Ausfall schließt eine Genitaltuberkulose nicht aus.

Grätzer (Sprottau).

T. Zelenski u. R. Nitsch: Zur Aetiologie der Cystitis im Kindesalter. Aus der pädiatr. Klinik und dem hygien. Institut in Krakau. (Wiener klin. Wochenschrift 1904, No. 5).

Die Verfasser beobachteten im Laufe der letzten Monate 4 Fälle von Cystitis, die sich als schweres chronisches, mit tieferen anatomischen Veränderungen verbundenes Blasenleiden bei Knaben von 4—12 Jahren vorfand, in welchem Alter Cystitis bei Knaben sonst recht selten ist.

Im 1. Falle, wo sich die ersten Erscheinungen kurze Zeit, nachdem Patient sich beim Übersteigen eines Zaunes in der Dammgegend angeschlagen hatte, entwickelten, lag ein klassisches Beispiel einer durch Mikroorganismen unter dem Einflusse eines Traumas verursachten Blasenentzündung vor. Der betreffende Mikroorganismus gehörte wahrscheinlich zu den Staphylokokken, obwohl er sich vom Staphylokokkus pyogenes durch manche Kulturmerkmale, sowie durch vollkommenen Mangel jeglicher Tierpathogenität unterschied. Vielleicht hatte man es auch mit einem im menschlichen Darmtraktus lebenden Saprophyten zu tun, welcher (durch die Wände?) in die Blase gelangte, unter dem Einflusse eines Traumas Entzündung der Blasenschleimhaut bewirkte und ein schwer und chronisch verlaufendes Leiden verursachte. Scheinbar widersprach diesem schweren Verlaufe (langwierige Eiterung, Blutungen, Schmerzen usw.) der absolute Mangel der Tierpathogenität des Kokkus; bekanntlich können aber gänzlich harmlose Saprophyten unter gewissen Bedingungen zur Ursache einer eitrigen Cystitis werden.

In den anderen 3 Fällen wurde der Tuberkelbazillus als Ursache der Cystitis konstatiert, was zu beweisen scheint, daß in der Ätiologie der Kindercystitiden der Tuberkelbazillus nicht die letzte Stelle einnimmt. Die unmittelbare Ursache, sowie den Weg der Infektion konnte man mit großer Wahrscheinlichkeit in 2 Fällen eruieren: 1 mal fand sich eine alte tuberkulöse Fistel des Nebenhodens, 1 mal Nierentuberkulose. Tuberkulöse Veränderungen in den Venen oder in den männlichen Zeugungsorganen bilden die häufigste Ursache der tuberkulösen Cystitis bei Erwachsenen; bei Kindern scheinen also analoge Verhältnisse obzuwalten. Der äusserst chronische und gleichmäßige klinische Verlauf zeigte ebenfalls dieselben Verhältnisse, wie bei der tuberkulösen Cystitis Erwachsener. Dies war auch bei dem 3. Falle zu beobachten, wo die Blasentuberkulose klinisch primär auftrat.

Grätzer (Sprottau).

Gerhardt: Fall von Alkaptonurie. (Münch. mediz. Wochenschrift 1904. No. 4.)

G. berichtete im Ärztl. Bezirksverein zu Erlangen (15. XII. 03) über einen solchen Fall bei einem 4jährigen, sonst ganz gesunden Kinde, dessen Urin nach Aussage der Eltern schon gleich nach der Geburt dunkelbraune Flecken in der Wäsche erzeugte. Aus dem Harn ließ sich leicht die Homogentisinsäure darstellen und der Einfluß der Eiweißzufuhr auf die Menge derselben demonstrieren; bei sehr geringer Eiweißmenge der Nahrung schied das Kind 3—4 gr Stickstoff und 1—2 gr Homogentisinsäure aus, bei stärkerer Eiweißzufuhr 8 gr. Stickstoff und $3^1/_2$—4 gr. Homogentisinsäure.

Wie in mehreren anderen publizierten Fällen von Alkaptonurie litt auch hier noch ein Glied der Familie an derselben Anomalie: ein vor kurzem verstorbener Bruder des Kindes hatte von Geburt an ebensolchen nachdunkelnden Harn gelassen, in dem ärztlicherseits auch die Alkaptonreaktionen nachgewiesen werden konnten. Die Eltern des Kindes und die übrigen Kinder sind frei von der Anomalie. Grätzer (Sprottau).

M. Porosz, Budapest, Die Prostatitis und ihre Behandlung. (Monatsberichte für Urologie. 1903. VIII. Band, 2. Heft).

Die Massage der Prostata wurde bisher als die beste Heilmethode bei chron. Prostatitis betrachtet. Doch treten dabei zuweilen unangenehme Folgen auf, wie Akutwerden chronischer Prozesse, Quetschung der Wand der Prostatadrüsen, Eindringen infektiöser Keime in die benachbarten Gewebe. Die Massage bezweckt in erster Linie, den pathologischen Inhalt der Drüse zu entfernen. Es bleibt jedoch dabei fast stets die Muskulatur unbeachtet, deren Erkrankung meist schwere sexuelle Störungen: Abnahme des Wollustgefühles, vorzeitige Ejakulation, schwache Erektionen etc. im Gefolge hat. Verf. wendet daher aus obigen Gründen nicht mehr die Massage, sondern ein schonenderes und zugleich wirksameres Verfahren an, den faradischen Strom. Derselbe bewirkt eine gleichmäßige Kontraktion der Muskelfasern und dadurch eine Steigerung der Aktionsfähigkeit derselben, regelt die Zirkulation in den Blut- und Lympfbahnen, befördert die Resorption der Entzündungsprodukte und ruft eine langsame, nicht gewaltsame Entleerung des Drüseninhaltes hervor, sodaß diese Heilmethode auch bei akuter Prostatitis Anwendung finden kann. Verf. bedient sich hiebei des von ihm angegebenen „Elektropsychrophors", welcher auch als Kühlbirne benützt werden kann. Bei täglicher Faradisierung dauert die Behandlung 4—6 Wochen. Nach jeder Anwendung wird eine $^1/_2$ bis 2%ige Lösung von Argent. nitr. in die hintere Harnröhre instilliert. Brendel-Würzburg.

E. Schwarzkopf-Stuttgart, Zur Diagnose chronisch nephritischer Prozesse. (Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 35, 1903.)

Die Diagnose der Nephritis ist in voll ausgebildeten Fällen leicht, schwer ist sie, wenn die charakteristischen Symptome, Eiweiß und Formbestandteile, auf Stauung bezogen werden können oder wenn die Krankheit noch schwach ausgebildet ist.

Andererseits genügt der Nachweis eines eiweißfreien Urins nicht für den Ausschluß einer Nephritis z. B. in Fällen von Schrumpfniere mit erhöhter Harnmenge. Das Auftreten von Cylindern im Urin ohne Albumen, die Cylindrurie, spricht für krankhafte Prozesse in den Nieren mit allergrösster Wahrscheinlichkeit. Sie betrifft meist Fälle, deren Zustand durch Toxen resp. Medikamente aller Art während deren Einwirkung erzeugt wird, wobei eine vorübergehende Schädigung der Nieren im Sinne der Nierenreizung angenommen werden muß. Verf. publiziert nun mehrere Fälle, wo er auf Grund dieses Befundes und des klinischen Bildes glaubt chronische Nephritis annehmen zu müssen, deren einziges Symptom zur Zeit die Cylindrurie war.

R. Wohlauer-Berlin.

Digitized by Google

K. Gerson (Berlin), **Zur unblutigen Behandlung der Phimosen.** (Die Therapie der Gegenwart, Februar 1904).

G. gibt folgendes einfache Verfahren an: Man zieht mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand das Praeputium möglichst weit nach vorn und führt mit der rechten eine stumpfe Pinzette mit geschlossenen Branchen etwa 1 cm weit in das Praeputium ein. Läßt man nun die Branchen der Pinzette auseinander federn, so üben sie auf die Praeputialwandung einen elastischen Druck aus und lassen die Vorhautöffnung weit auseinander klaffen. Das macht man anfangs nur etwa 20 Sekunden, später $^1/_2$—1—2 Minuten, anfangs täglich. Je enger die Vorhautöffnung, um so kürzere Zeit werden meist die ersten Dehnungen vertragen. Nach jeder Dehnung ist die Vorhaut mit Talkum zu pudern. Selbst höchstgradige Phimosen wenige Monate alter Kinder wurden so in 2 Wochen zur Heilung gebracht. Zur Unterstützung der Behandlung können die Eltern noch morgens und abends die Vorhaut des Kindes mit Daumen und Zeigefinger beider Hände in der Querrichtung fassen und mit allmählich stärker werdendem Zuge auseinanderziehen, wobei sie aber die Vorhaut vorher stark nach vorn ziehen müssen, damit die Eichel nicht mit gefaßt wird.

Bei Erwachsenen muß man Bougies zur Erweiterung benutzen, mit dünnen Nummern beginnend; auch hier kommt man so meist rasch zum Ziel.

Grätzer (Sprottau).

Vehmeyer (Haren a. d. Ems), **Zur Behandlung der Phimosen.** (Medico Nr. 4. 1904).

Verf. hält es für richtiger, bei kleinen Kindern das Messer zu umgehen, er sucht vielmehr auf dem Wege der einfachen Dehnung die Eichel frei zu machen. Sein Verfahren, das er schon einige zwanzig Male mit Erfolg ausgeführt hat, erfordert zuweilen eine Reihe täglicher Sitzungen und besteht in folgendem: Das Kind liegt mit dem Rücken auf dem Tisch mit gespreizten Beinen. Auf den aufgerichteten Penis des Kindes werden nun die Rücken- resp. Seitenflächen beider Zeigefinger von oben her gabelförmig angelegt und so angedrückt, daß das Praeputium gespannt auf der Eichel liegt. Jetzt legt man die Daumen an das Praeputium und streift damit dieses gewaltsam über die Eichel nieder, während gleichzeitig die anliegenden Zeigefinger sich bemühen, durch Gegendruck von untenher die glans herauszurollen. Nach jeder Sitzung wird um die Eichel eine Spur Olivenöl geträufelt und die Vorhaut wieder zurückgestülpt, die Eltern können die Manipulation täglich wiederholen, bis jedes Hindernis beseitigt ist. (Sollte durch diese tägliche von Seiten der Eltern auszuführende Manipulation nicht mitunter der Anstoß zur Masturbation gegeben werden? D. Refer.)

R.

Saalfeld, Therapeut. Monatshefte 1903.

Küsel, Wiener Medizinische Presse 1903.

Spitzer, Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung 1903.

Boss, ebendaselbst:

Über Gonosan (Sammelreferat).

Unter dem Namen „Gonosan" Kawasantal hat die chemische Fabrik von Riedel-Berlin ein neues Balsamicum für die Gonorrhoebehandlung in den

Handel gebracht, das eine gelbgrüne, ölige, durchscheinende, in Alkohol, Äther und Chloroform lösliche, Flüßigkeit von stark aromatischem Geruch darstellt, und die aus der Wurzel von Piper methysticum (Kawa-Kawa) extrahierten Harze (α und β Harz) in reinem ostindischem Sandelholzöl gelöst enthält. Das neue Präparat kommt in Kapseln in den Handel, deren Gesamtinhalt 0,3 g beträgt, wovon auf $\alpha + \beta$ Harz 20% bezw. 0,06 g, auf Sandelholzöl ca. 80% bezw. 0,24 g entfallen. Von diesen Kapseln werden täglich 8—12 Stück je 2 eine halbe Stunde nach dem Essen mit einer Tasse warmer Milch am besten gegeben, und haben nun wie die Autoren angeben, große Vorzüge vor dem reinen Sandelholzöl.

Zunächst fällt die schmerzstillende Eigenschaft auf: die Schmerzen der Urethitis acuta anterior und posterior hören überraschend schnell auf. Dabei verwandelt es in kurzer Zeit die eitrige Sekretion in eine schleimige, ja es genügt nach Saalfeld in vielen Fällen die innere Medikation zur völligen Heilung der Gonorrhoe. Andere Autoren benutzen daneben die verschiedenen Injectionen. Die bei Gonorrhoe so lästigen und die Heilung verzögernden Erectionen werden vermindert und in ihrer Stärke herabgesetzt.

Das beim Sandelholzöl oft so lästige Aufstoßen und die dabei so häufig auftretenden Kreuzschmerzen werden selten oder gar nicht beobachtet.

Eiweiß im Harn konnte Saalfeld bei 20 mehrfach untersuchten Fällen nicht nachweisen.

Als besonderer Vorzug des Mittels wird die Verhütung des Überganges der Entzündung auf die pars urethrae posterior hervorgehoben.

Bei akuter Entzündung des Blasenhalses und Cystitis klärte es den Urin rasch auf und hob schnell die quälenden Beschwerden.

Richard Wohlauer-Berlin.

Boss-Strassburg: Ueber Gonosan. Sammelreferat. (Monatsber. f. Urologie 1903. VIII. Bd. 10. Heft).

Nach Durchsicht sämtlicher Publikationen und auf Grund eigener Erfahrung kommt Verf. zu dem Schlusse, dass Gonosan, eine Kombination des Kawaharzes mit Sandelöl, rasch die Schmerzen und Beschwerden bei akuter Gonorrhoe beseitigt, die Sekretion beschränkt, ein Uebergreifen auf die Urethra post. und damit verbundene weitere Komplikationen meist verhindert und weit besser vertragen wird, wie alle übrigen Balsamica. Man gibt pro die 8—10 Gonosankapseln.

Brendel-Würzburg.

Strebel: Behandlung der Gonorrhoe durch elektrisches Glimmlicht. Zeitschr. f. prakt. Ärzte, XIII, Nr. 3).

Strebel hat einen „Glimmbestrahler" konstruiert, der an die Sekundärpole eines Induktors angeschlossen wird.

Das leuchtende Rohr wurde aus Quarz hergestellt, um die Expositionszeit zu verkürzen (statt Glas!) Das Instrument wird wie ein Katheter eingeführt und verbleibt etwa 20—40 Minuten in der urethra. Es entsteht hierdurch eine Reaktion für einige Tage, hierauf wird dieselbe Prozedur wiederholt.

Das Verfahren wurde bei chronischen Gonorrhoen mit Erfolg angewandt.

Theodor Baer, Frankfurt a. M.

Siebert: Helmitol, ein neues Harndesinficiens. (Zeitschrift f. praktische Ärzte. XIII, Nr. 2).

Verfasser rühmt die harndesinfizierende Eigenschaft des Helmitols sehr, die der des Urotropins überlegen sein soll. Es ist angezeigt überall da, wo wir Bakterien, mit Ausnahme der Gonococcen bekämpfen wollen, also Pyelitis, Cystitis cyclitis, Bacteriurie usw., akute Gonorrhoe als Prophylacticum eines weiteren Fortschreitens, ferner bei Phosphaturie.

Ein besonderer Vorzug ist sein billiger Preis (20 Tabletten à 0,5 kosten 90 Pfennige). Theodor Baer, Frankfurt a. M.

Neißer & Veiel-Breslau: Einige Syphilisübertragungsversuche auf Tiere. Von Prof. Neißer und Dr. Veiel Deutsch. med. Wochenschr. I. 04.

Vorbehandlung von Tieren mit frischem normalem Tier-Serum (in dem stets „Komplemente" sind) ergibt spezifische „Antikomplemente", die zur Bindung der Komplemente fähig sind. (Wassermann).

Aber nach Wassermanns Experimenten versagt diese „Antikomplementmethode" bei vollständiger Unempfänglichkeit, gelingt nur bei angeborener Halbimmunität, wo keine Spontaninfektion, aber Infektion bei grossen künstl. beigebrachten Gift-Mengen eintritt.

Entsprechend fallen auch die „Antikomplement"-impfungen der Verfasser und Syphilisübertragungsversuche negativ aus.

1 Hund und 1 Hammel wurden ein Jahr lang mit Schweineserum gefüttert zur Erzielung von Schweineantikomplement. Versucht an 2 Schweinen und einem Kronaffen.

Anthropoide Affen (auf die Laßar neuerdings angeblich erfolgreich überimpfte Ref.) hatten Verf. nicht zur Verfügung.

Ehrmann (Mannheim).

J. Müller-Wiesbaden: Mundpflege bei Quecksilberkuren und einigen Mundaffektionen. (Dermatologische Zeitschrift, Band X.)

Verfasser wendet sich besonders gegen die dauernde oder lange Zeit fortgesetzte Anwendung von Kal. chlor. zur Pflege der Zähne und der Mundschleimhaut, zumal der antiquierelle Wert dieses Medikamentes in den gebräuchlichen Konzentrationen minimal sei. Es bedarf auch, wie er richtig meint, zur Verhütung einer Stomatitis und zur Heilung einer solchen mäßigen Grades durchaus keiner antibakteriellen Mittel, da der Mundspeichel ein sehr ungeeigneter Boden für Bakterienentwicklung ist. Es kommt demnach hauptsächlich darauf an, die Sekretion der Mundspeicheldrüsen anzuregen. Dazu erscheint ihm der Wiesbadener Kochbrunnen als besonders geeignet, weil er sehr schmackhaft ist und reichlich Chlornatrium enthält, das nach den Untersuchungen von Bockhart auf die Leukoplakieen bei Rauchern und Syphilitikern günstig wirken soll. Besonders empfiehlt er eine 40% Zahnpasta, die aus dem Quellsalz des Kochbrunnens hergestellt wird und sehr bequem in ihrer Anwendung ist. Verfasser gibt auch zu, dass andere indifferente Mittel, wie essigsaure Tonerde, ebenso gut wirken können, verpönt auch das Kal. chlor. nicht ganz, warnt nur unter Anführung eines Falles von chronischen gastrischen Beschwerden infolge der jahrelangen Anwendung vor dauerndem Gebrauch. Silber-Breslau.

F. Paràdi: Ueber die Behandlung der Uterusgonorrhoe bei Prostituierten. Arch. f. Dermat u. Syph. 1903. 65. Band, 3. Heft).

Verf. stellt sich nicht auf den Standpunkt so vieler Gynäkologen und Venerologen, welche die Uterusgonorrhoe für unheilbar erklären, sondern, tritt lebhaft für eine frühzeitige Behandlung derselben ein, vorausgesetzt daß die Adnexe noch intakt sind. Außerordentlich günstige Erfolge sah Verf. bei Anwendung des Natrium lygosinat., eines Kondensationsproduktes des Salizylaldehyds mit Aceton. Das Mittel hat hohe antiseptische resp. gonococcentödende Wirkung, Reizerscheinungen traten nur selten auf und eine Schädigung der Gewebe wurde nie beobachtet. Mit Braun'scher Spritze wurde zweimal wöchentlich 1 ccm einer 5proz. Lösung unter sehr leichtem Druck in die Uterushöhle deponiert, danach 1 ccm in den Cervicalkanal. In der Mehrzahl der Fälle erfolgte die Heilung nach 10 Einspritzungen. Im ganzen wurden von 107 ausschließlich mit Natrium lygosinat. behandelten Uterusgonorrhoeen 104 dauernd geheilt. Allerdings handelte es sich ausschließlich um Prostituierte, bei welchen die Chancen für die Heilung bedeutend günstiger liegen als bei Ehefrauen, welche meist schon eine oder mehrere Schwangerschaften durchgemacht haben oder erst nach lange bestehendem Leiden, oft kompliziert mit Adnexerkrankungen, in Behandlung kommen. Brendel-Würzburg.

W. Erb-Heidelberg: **Bemerkungen über die Folgen der sexuellen Abstinenz.** Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten II Nr. 1).

Erb, der bereits auf dem Frankfurter Kongress z. B. d. G. diese Frage angeschnitten hatte, geht in dieser Arbeit näher darauf ein. Er bedauert mangelnde eigene systematische Bearbeitung dieser Materie und den Mangel genauer Aufzeichnungen. Er stützt sich auf allgemeine Eindrücke aus der Praxis und gewisse Notizen. Erb's diesbezügliche Anschauungen betreffs des männlichen Geschlechts sind: Keine Folgen erleiden abstinente „naturae frigidae". Abstinente gesunde junge Männer mit lebhaftem Geschlechtstrieb „leiden" nicht wenig (zeitweises wie Besessensein vom Trieb, Störung in der Arbeit und Nachtruhe, Not-Onanie etc.), wofür E. Beispiele gibt. Auch Fälle „wirklichen Krankwerdens" (stärkere Onanie und infolge davon Neurasthenie) führt E. an.

Weit stärker sind die Abstinenzfolgen für die große Zahl neuropathisch belasteter Individuen.

Schwieriger liegt die Beurteilung dieser Frage beim weiblichen Geschlecht: (größere Zurückhaltung infolge des natürlichen und anerzogenen größeren Schamgefühls).

Immerhin kann Erb einige Andeutungen aus der Erfahrung geben. Jungfräuliche Individuen haben wohl geringeren Sexualtrieb — anders aber nach Beginn geschlechtlichen Verkehrs: Frauen mit starken sinnlichen Neigungen stehen allerdings viele naturae frigidae gegenüber.

Aelter gewordene Jungfrauen strengster Moral, großer Geistes- und Herzensbildung und Keuschheit leiden an leichten psychischen Störungen mit erotischer Betonung, sexuellen Vorstellungen, Phantasien, Hallucinationen, aber auch an seelischer Depression, Unterleibsleiden, Dysmenorrhoe Fluor-

Immerhin hält E. diese Folgen beim weiblichen Geschlecht für relativ selten, wagt aber kein bestimmtes Urteil. Vielleicht werden erfahrene weibliche Frauenärzte uns in Zukunft darüber noch eingehender berichten können.

Ehrmann-Mannheim.

H. Schlesinger-Frankfurt a. M.: **Die geschlechtliche Aufklärung der Jugend.** Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskr. Bd. II, 2).

Schl. verlangt Aufklärung der Jugend (Schritt für Schritt) vom Pupertätsalter (Geschlechtsreife) an von berufener Seite — sonst kommt sie von unberufener. Wer ist berufen? Vater und Mutter ist heutzutage meist noch zu unwissend dazu, dagegen hält er die Schule für berufen, obwohl er baldige Erfüllung dieser Forderung auch für zweifelhaft hält. Von pädagogischer Seite (Deutsch. Verein f. d. Fortbildungsschulwesen i. Leipzig) wurde die Unterweisung auf Arzt oder Schularzt verwiesen. Schl. weist dies und die Scheingründe dafür (Widerstand der Eltern gegen Schulbelehrung in sexualibus, Verdächtigungen der Lehrer) scharf zurück. Die Aerzte sollen durch Vorträge und volkstümliche Schriften in weiteren Volkskreisen aufklärend wirken und in den Seminarien die zukünftige Belehrung durch Lehrer vorbereiten. Lehrgebiet soll sein: Anatomie der Geschlechtsorgane, Physiologie der Zeugung, Geschlechtskrankheiten, Verirrungen — nicht die Hygiene des Geschlechtslebens in der Ehe (Schwangerschaft etc.).

Ehrmann-Mannheim.

Ed. Richter-Plauen: **Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.** (Dermatologisches Zentralblatt Nr. 3 u. 4).

Der Verfasser geht bei seinen Versuchen und Vorschlägen von der Ueberlegung der Inkubationsverhältnisse aus und meint, einen Schutz gegen die venerischen Seuchen zu finden, könne nicht so schwer sein, da erstens der Sitz der Anfänge der sexuellen Leiden immer gleich und genau bekannt sei, zweitens der Anfang einer eventuellen Infektion zeitlich feststehe. Man muß diese, uns genau bekannte Inkubationszeit benutzen, um der eventuell kommenden Virusentwicklung vorzubeugen. Richter glaubt, in den Quecksilbersalzen das Desinfiziens gegen Gonorrhoe und Lues zu besitzen, und erprobte dies in zahlreichen Versuchen bei Gonorrhoe und bei florider, wie sekundärer Syphilis. In der sicheren Gewißheit von der Wirkung seiner Desinfektionsmasse impfte sich der Verfasser selbst virulenten, gonokokkenhaltigen Eiter in die Urethra; auch diesem Impfversuch folgte keine Infektion. — Die Herstellung des „Schutzbestecks Dr. Richter" hat die Firma Dr. Gralf & Co. Berlin übernommen; es wird wegen des Gehaltes an Hydrargyrum nur gegen ärztliche Verordnung in den Apotheken abgegeben. Der Inhalt besteht — außer einem gedruckten Hinweis auf die Gefahren ausserehelichen Verkehrs — in einem Stück Byrolinseife, einer weißen Gelatinetube mit Borsäure, Talcum und Zinkoxyd und einer roten Tube, welche Vaselin, Paraffin, $^1/_2$ pro mille Sublimat, Salicylhydrargyrum und Hydrargyrum succinimidatum, sowie kleinere Dosen von Hydrargyrum vivum und Resorcin enthält. Diesen drei Teilen des Schutzbestecks entsprechen drei Handlungen:

Digitized by Google

Waschen, Pudern, Desinfizieren. Das Desinfiziens der roten Tube wird mittels eines Glasansatzes in die Urethra gebracht; es wirkt die Masse im Moment der beginnenden Weiterinfektion dauernd schützend und koupierend, lokalisierend und schließlich baktericid. Schourp-Danzig.

Blokusewski: Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. (Dermatologisches Centralblatt VII, 1).

Der Verfasser wendet sich gegen das von Feibes (Die Krankenpflege 1902/3 Heft 6) empfohlene Prophylaktikum Protector, welches in Tubenform salizylsaures Quecksilber enthält. Vor allem hält er für große Nachteile des Protectors die nicht sehr saubere Handhabung und die leichte Zersetzung des Mittels. Der Verfasser hat ausser seinem bekannten Tropfapparat „Samariter" und „Amicus" noch einen weiteren angegeben „Sanitas"; auch dieser besteht aus Glas und enthält das Mittel (8%ige Albarginlösung) in tropfbarflüssiger Form. — Blokusewski streift dann die Prioritätsfrage und betont, dass durch ihn die ganze Frage der prophylaktischen Behandlung erst in Fluss kam. — Als Prophylaxe gegen Syphilis hat der Verfasser eine Waschseifencrême zusammengestellt, welche 1,6% Formalin enthält. Diese soll vor dem Koitus eingerieben werden und dadurch einen festhaftenden Überzug erzeugen. Schourp-Danzig.

Die Bekämpfung der Prostitution, der Frauen- und Geschlechtskrankheiten durch fortgeschrittene Emanzipationsdamen.

Die „Monatsschrift für soziale Medizin" bringt in ihrem 3. Hefte einen Aufsatz von Ruth Bré mit dem Titel: Das Recht auf die Mutterschaft der sich nach dem Erscheinen einer gleichnamigen Broschüre, die aber vielfach mißverstanden sein soll, vornehmlich an die Ärzte wendet, damit diese das von der Verfasserin empfohlene Mutterrecht anerkennen und vertreten, um Prostitution, Geschlechts- und Frauenkrankheiten den Boden zu entziehen. Die sehr interessant schreibende Verfasserin sieht die gelegentliche Ursache von Carcinom, Schlaflosigkeit, Ruhelosigkeit, Apathie, Tiefsinn, Hysterie, Epilepsie, Wahnsinn (mit der gelegentlichen Zugabe der Erblindung) und gelegentlichem Selbstmord in der erzwungenen Enthaltsamkeit vom geschlechtlichen Verkehr und in der daraus folgenden Kinderlosigkeit, denn „das Kind ist nicht nur eine Notwendigkeit für die gesunde körperliche Entwickelung, sondern auch für das Gemüt der normalen Frau."

Der Weg zur Heilung dieser und anderer sozialen Übel ist Rückkehr zum Alten, zum Mutterrecht. „Das Mutterrecht erkennt die Naturgesetze an, es rechnet mit dem Triebe der Frau und ihrer Bestimmung zur Mutterschaft. Die Mutterschaft ist eine soziale Aufgabe. Das Weib ist die Wurzel, welche den Baum der Menschheit trägt. Daher nimmt nach Mutterrecht die Frau und die mütterliche Familie auch das Kind auf sich. Der Vater hat nur ein Recht auf die Familie, solange seine Ehe mit der Mutter dauert. Nach Vaterrecht hingegen ist die Frau nur Gefäss für den Mann, Gegenstand seiner Lust oder Gebärapparat für den einzelnen. Demnach muß er auch die Folgen seines Privatvergnügens auf sich nehmen: in dem einen Falle die Geschlechtskrankheiten, in dem anderen die Kinder." — Uneheliche Kinder

Digitized by Google

gibts für Ruth Bré nicht, sie unterscheidet zwischen Kindern aus einer Ehe nach Vaterrecht und Kindern aus einer Ehe nach Mutterrecht.

Wir wollten nur ein Referat dieser interessanten Ausführungen bringen, enthalten uns jeder weiteren Kritik, die der Verfasserin aber aus Frauenrechtlerinnenkreisen sehr energisch zu Teil wird. In der „Monatsschrift für soziale Medizin" Heft 5 erläßt Anna Pappritz eine Berichtigung gegen Ruth Bré, in der es heißt: Das Mutterrecht war ein Ausfluß barbarischer Urzustände, nur möglich auf kommunistischer Basis; seine Wiedereinführung müßte zum Kommunismus und aller Wahrscheinlichkeit nach auch zur Barbarei zurückführen.

Referent glaubt, daß die Empfehlung des Mutterrechts als Allheilmittel gegen Prostitution etc. auch in Ärztekreisen absolut wirkungslos bleiben wird.

III. Besprechungen.

J. Hastreiter (Straßburg i. Els.): **„Die Geschlechtskrankheiten des Mannes"** mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verhütung gemeinverständlich dargestellt. 1904, München. Seitz & Schauer. M. 3.—.

Den Zweck, Kranke und Gesunde über das Wesen, die Ursachen, den Verlauf und die Folgen der Geschlechtskrankheiten zu belehren, sucht Verfasser zu erreichen durch Aufklärung über die geschlechtlichen Erkrankungen, der Wirkungen durch Vernachlässigung, unrichtiges und unzeitiges Eingreifen, durch eigene Behandlung und Pfuscherkuren oft durch das ganze Leben bestehen, die Gesundheit untergraben und zum Teil auch für andere eine stete Gefahr bilden können. Mit Recht stellt H. der Unterweisung des Publikums in erster Hilfeleistung bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen anderer die Notwendigkeit der Belehrung über geschlechtliche Erkrankungen am eigenen Leibe gegenüber. Der ausführlichen Beschreibung der Geschlechtskrankheiten, bei deren Schilderung überall die große Erfahrung des Verfassers angenehm auffällt, sind anatomische Vorbemerkungen vorausgeschickt, die dem Laien das Verständnis der Geschlechtskrankheiten erleichtern sollen. Sehr anerkennenswert ist der lebhafte häufige Hinweis auf die Gefahren des Kurpfurschertums, wie überhaupt aus dem Buche das Bestreben ersichtlich ist, dem Laien auf Grund streng wissenschaftlicher, aber leicht faßbarer Betrachtungen das Wesen der Geschlechtskrankheiten wie auch einer Reihe von Harnerkrankungen klar zu machen. Das Kapitel der Abstinenz dürfte nach des Ref. Ansicht bei der 2. Auflage eingehender berücksichtigt werden, da sonst dem Verfasser leicht vorgeworfen werden könnte, daß er zwar das Kapitel der Vorbeugungsmittel gegen geschlechtliche Ansteckung ausführlich behandelt habe, während die dem Laien jetzt so wichtige Frage der sexuellen Abstinenz auffallend kurz behandelt sei. Es wäre lebhaft zu wünschen, daß die äußerst fleißig und sorgsam ausgeführte Arbeit Hastreiter's einen großen Leserkreis findet; der Laie wird an dem Buch einen guten Ratgeber bekommen, wenn er sich eingehend mit den sexuellen Erkrankungen beschäftigen will. R.

Digitized by Google

Oscar Laßar, Über Impfversuche mit Syphilis am anthropoiden Affen. Kurze Mitteilung mit Demonstration und Projektionen. (Berl. med. Gesellschaft. Sitzungsbericht vom 16. XII. 03.)

L. wurde zu den Impfversuchen veranlaßt durch die Mitteilung, daß im Pasteur'schen Institut ein Affe mit notorisch syphilitischen Impfergebnissen unter Beobachtung stehe. Er impfte am 22. Oktober 1903 einen 4—5jährigen kräftigen, männlichen Schimpansen von einem sicher syphilitischen Manne, der beim Tätowieren am Arme infiziert und bisher unbehandelt war. Das erste frische Partikel wurde direkt durch zwei Lanzettstiche von dem Primäraffekt des Patienten auf die obere Lippe des Versuchstieres gebracht, alsdann noch mit einem Wenig des Gewebesaftes verrieben. Als zweite Impfstelle diente die Umstülpungsstelle der unteren Mundschleimhaut am Fenulum des Unterkiefers. Ferner wurde in eine Hauttasche an der Stirn oberhalb der Nasenwurzel ein etwa 1 cmm im Umfang haltende Stück aus der spezifischen Neubildung eingepreßt, dann über jeder Augenbraue geimpft. 20 Minuten später wurde oberhalb der beiden Augenbogenränder je 1 Hauttasche angelegt und in dieselben je ein Gewebstückchen hineingepreßt; ferner wurden noch an den beiden Ohren je 3 Impfstiche gemacht. Nach 48 Stunden waren alle Impfstellen verheilt ohne jede Reaktion. Nur an zwei Stellen und zwar oberhalb der Brauen kamen nach 14 Tagen erhabene Infiltrate zum Vorschein; Form, Farbe, randförmige Wucherung, zentral ulceröser Zerfall wie bei syphilitischen Anfangssymptomen des Menschen. Die Abheilung ging langsam vor sich; nach sechs Wochen sind die Grundformen noch deutlich erkennbar. Inzwischen hat sich in der Medianlinie ein gleiches Gebilde entwickelt. Ferner sind an den den Impforten entfernten Körperstellen Erscheinungen aufgetreten: rundliche leicht am Rande gewellte, in der Mitte gedeckte, gruppenförmig in Palma, Planta und am Anus stehende Efflorescenzen, die den Vergleich mit den Erscheinungen menschlicher Syphilis nahelegen. Die Nacken- und Cervicaldrüsen sind induriert geschwollen. L. demonstriert dann noch einen sehr schwächlichen, am 1. Dezember mittelst eines Lanzettstiches vom Membrum zum Membrum geimpften Orang-Utang. Eine Veränderung beginnt eben einzutreten. Nach der Demonstration vorgenommene Excision des bestausgebildeten Primäraffektes an der Stirn und mikroskopische Untersuchung ergab, daß die pathologische Veränderung der oberflächlichen Hautarterien (Endo- und Periarteriitis mit Verdickung des Gefäßrohres und Infiltration der Adventitia) ebenso vor sich geht wie bei den Initialsklerosen der Menschen. Gebert-Berlin.

M. Gruber: Hygiene des Geschlechtslebens, dargestellt für Männer. Bibliothek der Gesundheitspflege. Stuttgart. E. H. Moritz. Bd. XIII.

Beim flüchtigen Durchblättern dieses Büchleins könnte es auf den ersten Blick sonderbar erscheinen, wie in eine nur für Laien berechnete, rein populäre Schrift mikroskopische Abbildungen und zugehörige Schilderungen kommen, welche lediglich wissenschaftlichen Charakter haben und wissenschaftliches Interesse voraussetzen. Bei genauerem Studium dieses Werkchens aber wird man dem Verfasser nur beistimmen können, daß er die Bearbeitung des so heiklen Themas auf dieser wissenschaftlichen Grundlage

aufgebaut hat, denn nur auf dieser Basis ist es möglich, beim Leser, den sich der Autor im vorgeschrittenen Jünglingsalter denkt, diejenige Ehrfurcht zu erwecken, mit der die Fragen der sexuellen Hygiene behandelt werden müssen, wenn der Verfasser nicht Gefahr laufen will, nur die Sinnlichkeit zu reizen. Auf Einzelheiten des sehr anregend geschriebenen Büchleins einzugehen, ist im Rahmen eines kurzen Referates nicht möglich. Der Name des Verfassers bürgt für die Gediegenheit der Abhandlung.

Ferdinand Epstein-Breslau.

M. Gruber: Führt die Hygiene zur Entartung der Rasse? S.-A. aus d. Münch. Med. W. No. 40 u. 41. 1903.

An der Hand eines reichen statistischen Zahlenmaterials weist G. nach, daß die Lehre Darwins von der Auslese durch den Kampf ums Dasein und von der dadurch bedingten Veredelung der Rasse einer strengen Kritik nicht Stand halten kann.

Das Eintreffen von Krankheit und Tod sei keineswegs nur davon abhängig, daß eine besonders große Empfänglichkeit oder geringe Widerstandskraft des Individuums vorliege. Auch dürfe man keineswegs ohne weiteres von „Minderwertigkeit" sprechen, wo eine solche Empfänglichkeit für Erkrankungen vorliegt. Ebenso wenig dürfe man behaupten, daß jeder wirklich Minderwertige, der infolge seiner Minderwertigkeit zu Grunde gegangen ist, von Geburt aus minderwertig gewesen sei oder minderwertig hätte bleiben müssen. Unter diesen Voraussetzungen muß man natürlich dem Autor beistimmen, daß die Hygiene nicht nur dem Individuum nützt, sondern auch der Rasse, der menschlichen Species im Ganzen. — Ein wenig anders gestaltet sich aber die Frage der Entartung der Rasse, wenn man nicht die Hygiene im allgemeinen, sondern die Fortschritte der Medizin ins Auge faßt; von diesem Standpunkt aus beleuchtet das Thema E. Bleuler in Nr. 7 der Münch. Med. Wochenschr., Jahrgang 1904, worauf hier der Ergänzung halber kurz hingewiesen sein soll.

Ferdinand Epstein-Breslau.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Herausgegeben unter Mitwirkung namhafter Autoren im Namen des wissenschaftlich-humanitären Komitees von Dr. med. M. Hirschfeld. V. Jahrgang, **Band I.** Verlag Max von Spohr-Leipzig.

Als sich das wissenschaftlich-humanitäre Komitee vor zirka sieben Jahren bildete zur Erforschung der Homosexualität und zum Kampfe gegen den § 175 des R. Str. G. B., da waren sich wohl Dr. Hirschfeld und seine ersten Mitarbeiter, wie Numa Prätorius und Frhr. von Teschenberg nicht bewußt, welche Bedeutung die von ihnen angeregte Bewegung annehmen würde. Diese Bedeutung richtete sich nach zwei Seiten. Einmal wußte das W. h. C. alle gebildeten Stände Deutschlands für die homosexuelle Frage zu interessieren und andererseits gab es durch seine Monats- und Semesterkonferenzen den Ärzten, Forschern und Interessenten Gelegenheit, Homosexuelle durch persönliche Bekanntschaft zu studieren. Ein weiteres rein wissenschaftliches Verdienst des W. h. C. besteht in seinen Publikationen, die in dem Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, das jetzt im 5. Jahrgange vorliegt, niedergelegt sind. Wie befruchtend gerade die Bestrebungen des

W. h. C. auf den Ausbau der Lehre von der Homosexualität und den dieser naheliegenden Forschungsgebieten gewirkt haben, das illustrieren am ehesten die Jahrbücher für sexuelle Zwischenstufen, deren erstes 280 Seiten stark erschien, während das zweite bereits 980 Seiten Text und zahlreiche wertvolle Illustrationen aufweist. Der fünfte Jahrgang dieses wichtigen Werkes erscheint nun bereits in zwei Bänden, dessen erster allein bereits 706 Seiten zählt. Die Arbeiten, die dieser erste Band enthält, können wir in zwei Gruppen einteilen, nämlich in medizinische über Uranismus, geschlechtliche Verirrungen in Irrenanstalten und über chirurgische Überraschungen auf dem Gebiete des Scheinzwittertums, und in literarisch biographische, die drei an der Zahl, den Rest des Bandes ausfüllen. Der wichtigste und umfangreichste Beitrag hat Dr. Magnus Hirschfeld zum Verfasser und behandelt „Ursachen und Wesen des Uranismus", eine lehrreiche, neue Gesichtspunkte erschließende Arbeit, die alle Forschungsresultate auf dem Gebiete der Homosexualität zusammenfaßt und besonders im ersten Abschnitt „Das urnische Kind", eine Studie von fundamentaler Bedeutung bietet. Des weiteren finden wir in dieser Arbeit, die auch als Buch, der „Urnische Mensch" betitelt, bei Spohr erschienen ist, Abhandlungen über das „Harmonische der urnischen Persönlichkeit", über die „Unausrottbarkeit der Homosexualität", über deren „Notwendigkeit" und ihre „Heredität". Dr. P. Nücke-Hubertusburg berichtet über „Einige psychologisch dunkle Fälle von geschlechtlichen Verirrungen in der Irrenanstalt", während Hofrat von Neugebauer-Warschau seine bedeutende Arbeit im 4. Jahrbuch über „Beiträge aus dem Gebiete des Scheinzwittertums" durch weitere Ausführungen über „Chirurgische Überraschungen bei Scheinzwittern" dankenswert erweitert. Von den drei nicht medizinischen Arbeiten des ersten Bandes des 5. Jahrbuches steht die von Prof. Korsch-Berlin obenan, der uns bereits in früheren Jahrbüchern wichtiges Quellenmaterial zur Beurteilung angeblicher und wirklicher Uranier beigebracht hat. Wenn wir Korsch auch höher schätzen als Autor von Arbeiten wie die über „Päderastie und Tribadie", so kann man doch auch diesen Forschungen biographisch-historischer Natur sein Interesse nicht versagen. Die hier von Korsch behandelten Personen sind Heinrich Hößli, Franz Desgouttes, Herzog August der Glückliche und Mademoiselle Monpin. Über die verstorbene Schauspielerin Felicitas von Vistrali, die erste Darstellerin des Hamlet, plaudert ihre Freundin Rosa von Braunschweig, während Dr. P. J. Möbius einen wenig bekannten Brief Goethes an den Herzog von Weimar veröffentlicht, der die mannmännliche Liebe in Rom zum Gegenstand hat und der von dem vorurteilsfreien Blick des großen Mannes auch in dieser Hinsicht beredtes Zeugnis ablegt.

Der II. Band des fünften Jahrbuches für sexuelle Zwischenstufen steht dem ersten weder an Umfang noch an Inhalt nach. Beide Bände enthalten, wie auch ihre Vorgänger, ausgezeichnete und sehr instruktive Illustrationen, die im fünften Jahrbuch die stattliche Anzahl von 170 erreichen und zum Teil in Farbendruck ausgeführt sind. Die Beiträge sind wertvoll, jeder in seiner Art. Dr. Alwin Römer-Amsterdam, ein ausgezeichneter, scharfsinniger Gelehrter, verbreitet sich über „die androgynische Idee des Lebens" und beweist, daß in allen Religionen die höchste Gottheit ur-

sprünglich doppelgeschlechtlich gedacht war. Die zahlreichen Abbildungen antiker Hermaphroditen verleihen der Arbeit Römers einen besonderen Wert. In einer ethnographisch-kulturhistorischen Arbeit erfahren wir von W. Cohn-Antensrid, daß die Frauen der Ureinwohner Japans, der Ainos, die Sitte hatten, sich Schnurrbärte zu tätowieren. Auch dieser Arbeit sind interessante Illustrationen beigegeben. Einen juristisch-strafrechtlichen Artikel verdankt das Jahrbuch dem Petersburger Universitätslehrer Prof. Vladimir von Natikoff, der in überzeugendsten Ausführungen zu dem Schlusse gelangt, daß aus juristischen Gründen die Notwendigkeit vorliege, den Homosexualitäts-Paragraphen aufzuheben. Ein katholischer Geistlicher, dessen Amtsgenossen dem Kampfe der Homosexuellen ein weit größeres Verständnis entgegenbringen als ihre protestantischen Amtsbrüder, führt aus, welche Vorteile ihm als Seelsorger und besonders als Beichtiger die Kenntnis der Lehren von der Homosexualität gebracht habe. Annie Johns-Elliot, die 1902 verstorbene bärtige Dame, zeigt uns ein wohlgelungenes Bild mit ihren sympathischen Zügen. Wie in früheren Jahrbüchern, so hat auch im fünften Dr. Numa Prätorius die Bearbeitung der umfangreichen homosexuellen Biblio, graphie auf sich genommen mit besonderer Berücksichtigung der belletristischen Erscheinungen des verflossenen Jahres. Aus den Publikationen von Zeitungsnotizen ersehen wir, wieviele Frauen als Männer und wie oft Männer ihr Leben als Frauen verbringen, während durch diese Sammlung die Chantage eine geradezu erschreckende Illustration erfährt. Dies durch das Gesetz erst lebensfähig gewordene Erpressertum verschont weder Fürsten noch Millionäre, wie die Fälle des Prinzen Braganza und Krupps leider deutlich beweisen. Letzterem sowie dem Prinzen Georg von Preußen und dem General-Macdonald widmet der Jahresbericht ehrende Worte des Nachrufes und des Dankes, der besonders dem verstorbenen Prinzen Georg gilt, der das W. h. C. mit Geldmitteln unterstützte. Von hervorragender Bedeutung ist auch die objektive Darstellung des Falles Krupp und seines Opfertodes im Kampfe mit menschlicher Niedrigkeit, Unbarmherzigkeit und Ungerechtigkeit. Beide Bände dieses Jahrbuches führen uns wieder, an der Hand bedeutender Gelehrter aller Fakultäten auf den verschlungenen Wegen des weiten Gebietes der Homosexualität, dem Lichte der Erkenntnis näher. Mag ein Schein dieses Lichtes auch in die Säle deutscher Gerichte dringen und in die Herzen derer, die dort Recht sprechen. G. Merzbach-Berlin.

IV. Tagesgeschichte.

Der **Berliner Gewerkskrankenverein** hat an den Magistrat und die Stadtverordnetenversammlung eine **Eingabe** gerichtet, worin die städt. Behörden gebeten werden, zur Beseitigung des augenblicklichen dringenden Notstandes in Anlehnung an die städt. Krankenhäuser **Stationen** zu schaffen, in denen **Geschlechtskranke** unter sachverständiger ärztlicher Leitung verpflegt und behandelt werden können, da Hunderte von Geschlechtskranken

welche die Hospitalpflege nötig haben und den Kassen des Gewerkskrankenvereins angehören, in den letzten Jahren weder in städtischen Krankenhäusern noch in Privatkliniken untergebracht werden konnten. — Ebenso wurde an den Berliner Magistrat das Ersuchen gerichtet, „dafür sorgen zu wollen, dass bis zur Eröffnung der Geschlechtskrankenabteilung im Rudolf Virchow-Krankenhause in Anlehnung an eines der bestehenden städt. Krankenkäuser provisorisch eine **Abteilung für Geschlechtskranke** unter Vermehrung der bisher vorhandenen Bettenzahl bei Behandlung durch einen spezialistisch vorgebildeten Arzt eingerichtet werden.

Der **Zweigverein Württemberg** der D. G. z. B. d. Geschlechtskrankheiten hat an das K. Ministerum des Innern 2 Eingaben gerichtet.

1. um Aufnahme Geschlechtskranker in öffentliche Krankenhäuser,
2. um Ausdehnung der Zwangserziehung bis zum 18. Jahr.

Auf die erstgenannte Eingabe ist dem Ausschuss die Abschrift eines Erlasses des Ministeriums des Innern an sämtliche Behörden, die mit der Durchführung des Krankenversicherungsgesetzes zu tun haben, zugegangen, in welchem in dankenswerter Weise den Anträgen des Zweigvereins entsprochen wurde und darauf hingewiesen wird, dass auf Grund der Novelle zu diesem Gesetz nunmehr geschlechtskranke Versicherte auch in öffentliche Krankenhäuser aufgenommen und behandelt werden.

Auf Veranlassung des Zweigvereins Württemberg wurden zwei Referate über die Aufklärung der Jugend in sexuellen Angelegenheiten erstattet. Das erste, von Prof. Widmann, betrachtet die Frage vom Standpunkt des Erziehers und stellt folgende drei Hauptfragen der sexuellen Pädagogik auf: 1) Wer soll die Unterweisung in sexuellen Dingen übernehmen? 2) Wann soll sie beginnen? und 3) Was soll Gegenstand dieser Unterweisung sein? Prof. Widmann wies die Zumutung dieser Unterweisung an die Schule ab, da sie sich für den Klassenunterricht nicht eigne und auch viel früher schon einsetze, also eine Pflicht der Eltern werden müsse. Sie habe so früh einzusetzen, dass die Kinder sich nicht bei unlauteren Quellen Aufschluss holen müssen. Dazu sei es nötig, dass von vornherein um geschlechtliche Dinge nicht ein Geheimnis gewoben und dem Kind auch hier das Recht des Anfragens eingeräumt werde, damit das Kind wisse, wohin es sich zu wenden habe. Gegen die Zeit der Konfirmation hin sollte so jedes Kind alles Wissenswerte über geschlechtliche Dinge kennen. Die Frage nach dem Gegenstand der Unterweisung beantwortet Prof. Widmann nach Massgabe des Standpunkts des „gebildeten Mittelstands der Stadtbewohner, und gab hier eine Reihe Erfahrungen auf sexual-pädagogischem Gebiet als Beispiele an. Gleichzeitig warnte er vor pornographischer Literatur und Kunst, empfahl frühzeitiges Zeigen guter Kunst und Beseitigung der strengen Absonderung der Geschlechter. Mit einer scharfen Ablehnung der Forderungen des Sichauslebens schloss er seine Ausführungen. Im zweiten Referat beleuchtete Frau Paulus-Cannstadt die angeschnittene Frage vom Standpunkt der Mutter aus und richtete dabei einen eindringlichen Ruf an die Frauen zur Abkehr vom heutigen rein körperlichen Leben des Weibes, zum Mittragen an der sittlichen, geistigen und körperlichen Verantwortung der Geschicke des Volkes!

Kurpfuscher. In der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu Frankfurt a. M. wurde am Samstag die gerade bei den sogenannten geheimen Krankheiten besonders dringliche Kurpfuscherfrage in zwei Referaten behandelt. Dr. Fr. Juliusberg besprach die Gefahren des Kurpfuschertums vom ärztlichen Standpunkte aus. Wenn man annimmt, dass von den 10,000 Kurpfuschern Deutschlands ein Viertel sich ausschliesslich mit der „Heilung" von Geschlechtskrankheiten abgibt, und wenn man auf jeden dieser Leute nur hundert Suchende im Jahr rechnet, so ergibt sich die ungeheuere Summe von 250,000 Geschlechtskranken, die sich in dieser schädlichen Weise behandeln lassen. Die Gefahren lassen sich so zusammenfassen: Leute, die keine Krankheit haben, werden für syphilitisch erklärt und vier bis fünf Jahre „behandelt," wirklich syphilitische Kranke werden für gesund erklärt, vorher nicht Kranke werden durch unsaubere Instrumente angesteckt, der Heiratskonsens des Kurpfuschers kann die Übertragung der Krankheit auf die Frau und die Nachkommen herbeiführen, endlich die Krankheit selbst nimmt einen ungünstigen, gefährlichen Verlauf. Rechtsanwalt Dr. Kilzer erörterte die rechtlichen Möglichkeiten, dem Kurpfuschertum zu Leibe zu gehen. Das Zivilrecht gibt keine genügende Handhabe, auch das Strafrecht greift nur in sehr mangelhafter Weise ein, und erst dann, wenn es zu spät ist. Vorbeugend wirken kann nur eine Ausdehnung des § 35 der Gewerbeordnung auf die Kurpfuscher. Da das Gesetz über den unlauteren Wettbewerb nicht ausreicht, ist ein Verbot brieflicher Krankenbehandlung notwendig. In der Diskussion nahm der Naturarzt Dr. Spohr das Wort und legte dar, dass schon sein Vater aus Misstrauen gegen die Schulmedizin Kranke auf Grund seiner aus Büchern erworbenen Kenntnisse behandelt und damit grosse Erfolge erzielt habe. Unter den angeblichen Kurpfuschern treffe man sehr unterrichtete und gewissenhafte Leute. Stadtv. Dr. Heyter, Dr. Baerwald und Prof. Flesch wandten sich nacheinander gegen die Verteidigung des Kurpfuschertums durch einen approbierten Arzt. (Frankf. Ztg.)

Eine für die **Gegner der Reglementierung** betrübende Kunde kommt aus Colmar i. S. Dort befürwortete neuerdings die **Militärverwaltung** bei der städtischen Verwaltung im Interesse der Hygiene die **Wiedereinführung der Kasernierung der Prostitution** in Colmar. Die Veranlassung zu diesem Vorgehen bildet die zunehmende sexuelle Inficierung der Garnison. Die Freude war also nicht von langer Dauer!

Die **Verhaftung eines gefährlichen Mädchenhändlers** ist der Polizeibehörde gelungen. Der „Agent" Schwärzel, ein wegen Mordversuchs bereits vorbestrafter Mann, hatte ein Zimmer in der „Grossen Freiheit" bezogen. In seiner Begleitung befand sich ein hübsches, junges Mädchen, das er den Nachbarsleuten gegenüber für seine Schwester ausgab. Er lebte auf grossem Fusse. Fast täglich erhielt er zahlreiche Briefe und Telegramme aus Ungarn, Serbien, der Schweiz, Argentinien usw. Das junge Mädchen schloss er stets im Zimmer ein, wenn er ausgehen wollt; er hatte ihm streng verboten, mit den übrigen Hausbewohnern zu sprechen oder die Wohnung allein zu verlassen. Offmals hörten die Nachbarsleute schreien und Hilferufe, Schwärzel entschuldigte dies damit, er habe seine „Schwester" züchtigen müssen, da sie sehr leichtsinnig sei und sich einem lüderlichen Lebenswandel hingeben

wolle. Als Schwärzel heute mittag die Wohnung verlassen und das junge Mädchen wieder eingeschlossen hatte, fand es zufällig einen Brief, den Schwärzel versehentlich hatte liegen lassen. Aus dem Schreiben ging hervor, dass Schwärzel Mitglied einer Mädchenhändlerbande sei; drei andere junge Mädchen sollten in den nächsten Tagen eintreffen, und mit diesen sollte die Leserin des Briefes von Schwärzel zu unsittlichen Zwecken nach Argentinien gebracht werden. Das junge Mädchen sprengte gewaltsam die Tür, eilte auf die Strasse und erstattete Anzeige bei dem ersten Schutzmann, der ihr begegnete und der sie auf die Wache brachte. Die benachrichtigte Behörde nahm den Schwärzel, als er von seinem Ausgange zurückkehrte, fest; Auf Grund der beschlagnahmten Papiere hofft die Polizei auch die übrigen Mitglieder der Mädchenhändlerbande ermitteln und festnehmen zu können. Die Behörde benachrichtigte den Vater des jungen Mädchens, einen hochangesehenen Mann, telegraphisch, dass er seine Tochter wieder in Empfang nehmen könne. (Vossische Zeitung).

Wie die „Neue Freie Presse" mitteilt, kam in der letzten Sitzung des **Wiener medizinischen Professorenkollegiums** abermals die Besetzung der Neumannschen Klinik für Hautkrankheiten im Wiener Allgemeinen Krankenhause zur Verhandlung. Nach langer Debatte einigte sich das Kollegium dahin, folgenden Besetzungsvorschlag dem Unterrichtsministerium zu unterbreiten: Primo loco Professor Rille in Leipzig, secundo loco Professor Finger in Wien, tertio loco Professor Lang in Wien. — Prof. Rille ist zum Ehrenmitglied der Wiener Dermatolog-Gesellschaft gewählt worden, Dr. Unna zum Ehrenmitglied der Berliner Dermatolog-Gesellschaft.

Zur hygienischen Reform des evangel. Abendmahls. Wie die Nordd. allg. Ztg. berichtet, hat sich eine Versammlung von Mitgliedern der St. Nicolai-Gemeinde für die **Einführung von Einzelkelchen** bei der Abendmahlsfeier entschieden. Auch auf der letzten preussischen Generalsynode ist, nach einer Notiz der D. M. W., dieses wichtige Thema zur Verhandlung gekommen.

Am 9. März sind es 25 Jahre, daß **Max Nitze** in der K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien zum ersten Male sein Kystoskop vor einem größeren Ärztekreise demonstrierte. Von diesem Tage datiert der große Aufschwung, den die Pathologie und Therapie der Blasen- und Nierenkrankheiten in den letzten beiden Jahrzehnten genommen hat. Um den genialen Erfinder des Kystoskopes zu ehren und zur Anerkennung seiner bleibenden Verdienste wurde von einem aus den Herren Dr. H. Goldschmidt, Professor Dr. R. Kutner, Professor Dr. C. Posner und Dr. H. Wossidlo bestehenden Komitee die Übergabe einer Adresse an Max Nitze am 9. März angeregt und vorbereitet. Die Idee fand bei Allen denen, die sich eingehender mit Blasen- und Nierenkrankheiten beschäftigen, reges Interesse. So konnte Max Nitze am 9. März eine etwa 300 Unterschriften tragende Adresse überreicht werden. Unter den Unterschriften befinden sich die Namen der meisten hervorragenden Chirurgen und Urologen, sowie einige der bedeutendsten inneren Mediziner, Gynaekologen und Dermatologen nicht nur Deutschlands, sondern ganz Europas. Auch von Amerika sind Zusagen eingelaufen.

V. Bücherschau. — Litterarische Neuigkeiten.

(Zur Rezension eingegangene Bücher.)

(Besprechung vorbehalten).

Krafft-Ebing, „Psychopathia sexualis", Stuttgart, Ferdin. Enke 1903. geb. M: 10—.

Havelock Ellis, „Das Geschlechtsgefühl". Eine biologische Studie. Deutsch v. Hans Kurella, Würzburg 1903. A. Stuber. M. 5—.

E. Hartmann, „Die Geschlechtskrankheiten in Bezug auf die Volksgesundheit, ihre mögliche Verhütung und natürliche Heilung", Stuttgart und Ulm 1902. 50 Pf.

W. Hanauer, „Geschichte der Prostitution in Frankfurt a. M." 1903, Johannes Alt, Frankfurt.

Derselbe, „Die Bekämpfung der sexuellen Infektionskrankheiten". 1993, Neuer Frankf. Verlag. M. 1—.

Jessner, Dermatolog. Vorträge:

a. Die Syphilide II. Teil: Therapie M. 1.20.

b. des Haarschwunds Ursachen und Behandlung, Würzburg 1903, A. Stuber. —80 Pf.

Baumgärtner, „Die moderne Behandlung der Zuckerkrankheit und die diabetische Küche". München 1903. Seitz und Schauer. M. 1.—

von Koranyi, „Die wissenschaftl. Grundlagen der Kryoskopie". Med. ärztl. Bibliothek, Berlin 1904, Leonh. Simion Nachf. M. 2—.

H. Strauss, „Bedeutung der Kryoskopie für die Diagnosen und Therapie von Nierenerkrankungen". (Med. ärztl. Bibliothek). Berlin 1004, Leonh Simion Nachf. M. 2—.

Schuster, „Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung". 4. Aufl. Berlin 1903. Richard Schoetz. M. 5—.

B. Rosinski, „Die Syphilis in der Schwangerschaft", Stuttgart 1903. Ferd. Enke. geb. M. 10—.

Nobiling-Jankau, „Handbuch der Prophylaxe":

a. die Prophylaxe bei Krankheiten der Harnwege und des Geschlechtsapparates (des Mannes) von Priv. Doz. Dr. v. Notthafft und Prof. Dr. Kollmann.

b. bei Haut- und Geschlechtskrankheiten von Dr. Joseph.

c. bei funktionellen Störungen der Geschlechtsorgane von Dr. Rohleder München 1901. Seitz und Schauer.

R. Quanter, „Wider das 3. Geschlecht". 2. Aufl. Berlin 1904. H. Bermühler.

Tarnowsky, „L'instinct sexuel et ses manifestations morbides au point de vue de la lurisprudence et de la Psychiatrie". Paris 1904. Charles Carrington.

E. H. Kisch, „Das Geschlechtsleben des Weibes in physiol. pathol. und hygien. Beziehung", Berlin-Wien 1904. Urban und Schwarzenberg. M. 10—.

K. Ries, Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen 8°, Stuttgart 1903 Ferdinand Enke. M. 1—.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries. Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—). Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 3. **April 1904.** Jahrgang I.

Inhaltsübersicht.

I. **Originalarbeiten:**

1. *B. Goldberg-Köln-Wildungen:* „Der VII. französische Urologenkongreß in Paris".
2. *C. Adrian-Straßburg i. E.:* „Über syphilitische Harnröhrenstrikturen".
3. *K. Ries-Stuttgart:* „Über Enuresis nocturna" (Fortsetzung und Schluß).
4. *S. Boß-Straßburg i. E.:* „Die interne Behandlung der Gonorrhoe." (Schluß.)
5. Aus dem Katharinenhospital in Stuttgart: *Fr. Hammer-Stuttgart:* „Über das Ulcus molle".
6. *F. J. Palm-Berlin:* „Über Phlebitis gonorrhoica".
7. *W. Hammer-Berlin:* „Über einen Fall von Algolagnie".
8. Rechtsanwalt *A. Schweizer-Stuttgart:* „Ein Beitrag zur Bordellfrage".

II. **Besprechungen:**

1. *Orlipski-Halberstadt:* „Auch eine Aufgabe des Schularztes".
2. *Siebert-München:* „Ein Buch für Eltern".

III. **Tagesgeschichte.**

I. Originalarbeiten.

Der 7. französische Urologenkongreß Paris, 23.—25. Oktober 1903.

Nach Annales des mal. d. org. génitourinaires, 1903, 21. und 22. berichtet von Dr. **Goldberg, Köln-Wildungen.**

Durch die auf die Tagesordnung gesetzten Verhandlungsgegenstände sowohl, als auch durch die zahlreichen übrigen Mitteilungen bietet die 7. Jahresversammlung der Association française d'urologie ein gutes Bild des gegenwärtigen Standes der französischen Urologie; ein vollständiger und ausführlicher Bericht ist daher für ein urologisches Fachblatt unerläßlich. Wir wollen uns dabei, der besseren Übersicht halber, nicht an die Reihenfolge der Redner, sondern an die Einteilung nach den verschiedenen Organen halten; übrigens ist im wesentlichen dieses sachliche Einteilungsprinzip auch für die Verhandlungen durchgeführt worden.

1. Erkrankungen der Harnröhre

Urethritis interstitialis Chronica Le Fur.

Entweder sind bei diesem Ausgang der Gonorrhoe noch alle Wandschichten krank; oder die Schleimhaut ist über den verstopften Drüsen geheilt. In den letzteren Fällen fehlt jede Absonderung; der Harn ist fädenfrei, die Harnröhre hat eine wesentlich herabgesetzte Capacität. Verweilbougie oder lang fortgesetzte Einspritzungen führen aber eine starke Absonderung und Erweichung herbei. Durch Anwendung hoher Wärmegrade wird die Behandlung unterstützt.

Folliculitis, Lacunitis: Janet, Frank.

Frank demonstriert: 1. urethroskopische Photogramme; 2. einen Galvanocauter zur örtlichen Behandlung der Lacunitiden und anderer scharf umschriebener Herde in der Urethra.

Janet geht mit einer feinen Sonde an der Oberwand der Urethra entlang, um in Lacunen zu gelangen, und sucht sie alsdann mit Instillation oder Elektrolyse zu treffen. Die Drüsenerkrankungen sind entweder diffus oder isoliert. Die Diffusen heilen von selbst, so lange sie noch frisch sind, später durch Dilatationen und Massage. Die isolierten Knotenbildungen durch Folliculitis sind intraurethral mit Bistouri oder Elektrolyseur zu öffnen; extraurethrale Behandlung führt zur Fistelbildung.

Digitized by Google

Die Bakteriologie der Urethritis haben Banzet und Kremer studiert. Bei akuten Urethritiden fanden sie in 78% Gonococcen, in 9% Gcc. und sekundäre Mikroben, in 4½% nur sekundäre Mikroben. Von chronischen Urethritiden waren 20% gonorrhoische, 3% Misch-, 30% Sekundär-Infektionen, 36% aseptisch.

Strikturen der Urethra.

Desnos hat seit 15 Jahren Erfahrungen über die elektrolytische Dilatation gesammelt. Er empfiehlt sie ausschließlich für indilatable, rasch recidivierende, mit schwerer chronischer Urethritis und Periurethritis komplizierte Strikturen; indem man alle 8 Tage durch eine eingelegte Metallsonde einen 5—10 M.-A. starken Strom einer 10—12 elementigen Batterie einwirken läßt, erzielt man hier schnellere und anhaltendere Erweiterung, als mit anderen Methoden.

Minet hat Experimente über zirkuläre Elektrolyse an den Harnröhren gesunder Hunde angestellt, mit folgendem Ergebnis:

a) Eine Elektrode von 1 □ cm. erzeugt bei 8—10 M.-A. in 5—10 Minuten einen Brandschorf durch die ganze Wanddicke, der in 70 Tagen vernarbt;

b) bei 4—8 M.-A. entsteht eine Ekchymosis mucosae, umgeben von einem submucösen hämorrhagischen Infiltrat;

c) bei 3—4 M.-A. beschränkt sich die Einwirkung auf eine submucöse Ekchymose; noch schwächere Ströme bewirken keinerlei wahrnehmbare Veränderung.

Eine congenitale Striktur fand Reboul bei einem 36jährigen, nie an Tripper oder Trauma erkrankt gewesenen, seit dem 15. Lebensjahre mit Entleerungsschwierigkeiten, seit 3 Jahren mit Harnverhaltungen geplagten Manne. Weite: Filiform; Sitz: Pars membranac.; Verlauf: Urethrotomia interna; Dilatation bis Charrière 28, Heilung.

Eine Fremdkörper-Striktur heilte er ebenso; P., 43 Jahre, hatte sich mit einem in die Harnröhre eingeschobenen Federhalter 5—6 cm. von der Öffnung verletzt; hier bildete sich eine umschriebene, 9 Charrière enge Narbenstriktur.

Ein Papillom der Urethra, 3½ cm ab orificio excidierte und cauterisierte nach breiter Meatotomie einem 22jährigen Manne Sard.

2. Erkrankungen der Genitalien.

Abscesse am Damm sind gutartig, wenn sie von Harnröhrendrüsen ohne Verbindung mit der Harnröhrenlichtung ausgehen; kom-

munizieren sie dagegen mit letzterer, so kann sich zur septischen Infektion Harninfiltration gesellen.

Pseudoelephantiasis glandis in Folge von langdauerndem Ödem, entstanden nach fehlerhafter ritueller Circumcision zeigt ein 41jähriger. (Gellert.)

Operationen bei Epididymitis hat Escat 6 mal ausgeführt. 1 mal besserte eine Incision in die Cauda epididymis eine hartnäckige gonorrhoische E., 1 mal Öffnung der Vaginalis bei E. non gon. chronica duplex, Extirpation von 2 kleinen Abscessen, Heilung. 3 mal fand er bei sog. „kalter" E. große Abscesse inmitten mächtiger harter Knoten, 1 mal eine Tuberkulose nach mehrmonatlicher heftiger Epididymitis gonorrhoica. Auf Grund dieser Erfahrungen und auf Grund der pathologischen Anatomie ist Escat der Ansicht, daß zuweilen Incisionen bei E. notwendig sind, auch ohne, daß man eine Fluktuation fühle.

3. Erkrankungen der Prostata.

Prostatitis. Le Fur sezierte einen 36jährigen und einen 40jährigen mit Prostatitis. Die eine Prostata war hart, eine diffuse totale Sclerose komprimierte Drüsen, Gefäße und Urethra prostatica; die andere weich, in den Drüsen Epithelialproliferation und Leucocyteninfiltration. Die Infektion kann nach Le Fur urethral, rectolymphangiotisch, circulatorisch erfolgen. Differential-diagnostisch ist auf Cowperitis, Cystitis, Pyelitis zu achten. Bei schwerer Retention und Infektion ist auch gegen Prostatitis operativ, mittels Cystotomie oder Prostatectomia perinealis vorzugehen. — Intestinale Prostatitis entstehe durch Obstipation, Enteritis, Fißuren, Fisteln, Stricturen, Hämorrhoiden des Rectum. (Noguès will intestinale Prostatitis nur bei jungfräulicher Urethra diagnostiziert wissen.)

Einen Absceß der Prostata bei einem 70jährigen Prostatiker, mit Verhaltung und Dammfisteln, sah Le Fur, nachdem lange Tag für Tag durch Massage 10—12 gr. Eiter sich entleeren ließen, eines Tages versiegen, als mit einer Blutung zahlreiche Eiterkrümel sich losgestoßen hatten. Merkwürdiger war der von Noguès beobachte Ausgang eines sehr alten Prostataabsceßes: Ausstoßung beider Samenbläschen mitsamt dem Vas deferens durch eine Prostata-Urethralperinealfistel.

Prostatectomia perinealis. Diese neueste Operation der Prostatahypertrophie war Gegenstand zahlreicher wichtiger Mitteilungen.

Die Letalität der Operation ist bei den verschiedenen Operateuren eine noch recht verschiedene. Albarran sind von 57 nur 2 gestorben, Dorst von 13 5, das sind 40 %, Pouchet 1 von 21, Leguen 1 von 9, Loumeau 1 von 8, Reynès 1 von 4, Héresco 3 von 22, Rafin 2 von 20.

Die Erfolge werden von fast allen gerühmt; Albarran hat bereits 2—3½ Jahre andauernde Heilungen der Verhaltung gesehen; Pouchet's Patienten harnen ohne Katheter; Leguen sah bei 4 von 9 inkomplette Retention fortbestehen, Loumeau, Reynès, Raefin, Héresco konnten etwa 50 % ihrer Patienten mit guter Blasenfunktion entlassen. Die Infektion wird günstig beeinflußt; Heilungen von Cystitis und Pyelitis werden wenige gemeldet. Unangenehme Nebenwirkungen der Operation sind Impotenz und Harnfisteln. Pouchet gibt an, daß sich die Dammfisteln, wenn auch spät, schließen; Loumeau sah in 2 von 8 Operationen Urethrorectalfisteln bleiben, Héresco 1 Rectourethralfistel, 1 Perinealfistel, 1 Incontinenz, Rafin 1 Rectalfistel, 1 Incontinenz. Bz. des anderen berichtet Loumeau, daß nur 1 von 7 Operierten potent geblieben sei.

Die *Technik* wird von den Chirurgen recht verschieden gehandhabt. Pouchet zerstückelt die Drüse, wenn sie stark fibrös oder von Abszessen zerklüftet ist, andernfalls decapsuliert er. Leynen benutzt einen „Désenclaveur" d. i. einen Katheter, der sich in der Blase entfaltet, zum Herabziehen der Prostata. Auch Loumeau und Héresco üben meist die methodische Zerstückelung, das „Morcellement" der Prostata. Die Urethra suchen die einen sorgfältig zu schonen, die anderen absichtlich zu eröffnen, um von ihr aus die Prostata auszulösen. Desnos sah eine durch irrtümliche Fortnahme der Urethra mit samt dem Fundus vesicae entstandene riesige Wunde glatt verheilen; er betont, daß man zum Schutze des Rectum am besten während der ganzen Operation einen Finger im Rectum habe. Die eröffnete Urethra ist nicht zu vernähen. Bz. der Nachbehandlung sind die einen für lediglich perineale Drainage, die anderen für Kombination des Verweil-Katheters per urethram mit ersterer.

Daß nach diesem die Anzeichen der Prostatectomie noch in sehr weiten Grenzen schwanken, kann nicht Wunder nehmen; die einen sehen in ihr die Operation „de choix", die anderen die Operation „de nécessité"; wohl der radikalste Vertreter der ersteren Richtung, Héresco, hat 12 akute komplete Retentionen, 7 chronische inkomplete Retentionen, kurz jede Prostatahypertrophie, die Beschwerden

Digitized by Google

macht, so operiert, Rafin 3 akute, 4 chronische komplete, und 12 chronische inkomplete Retentionen; Albarran exstirpiert harte und weiche, große und kleine Vorsteherdrüsen. Den suprasymphysären Weg soll man nach Leynen, Reynès, Héresco bei juxtavesicaler bedeutender Hypertrophie vorziehen; bei dieser Methode unterbleibt auch die Zerstörung des Genitalapparats.

4. Erkrankungen der Blase.

Den zweiten Hauptverhandlungsgegenstand bildeten „les cystites rebelles". Imbert, der Referent, nennt so Katarrhe, die kraft ihrer eigenen Symptome, von ½—15jähriger Dauer, nur operativ, oder durch langdauernde Lokalbehandlung heilbar sind. Er unterscheidet Cystitis simplex, ulcerativa, pseudomembranacea, leucoplastica. Die C. simplex (rebell.) wird durch Retention oder Dysmenorrhoe verursacht, ist häufig bei Frauen, mittels Currettement, und nach Mißerfolg desselben mittels Ruhigstellung der Blase durch Eröffnung von der Scheide, bezw. vom Bauch aus. Das Ulcus vesicae, welches anfangs nur Blutung, erst später auch Eiterung bewirkt, schließlich durch Vernarbung zur Ruhe kommt, ist cystoscopisch, ev. nach Sectio alta örtlich zu behandeln. Die Pseudomembranen bilden sich öfters bei Blasensteinkatarrhen, sind recht gefährlich (4 † unter 12). Die Leucoplacien zeichnen sich durch heftige Haematuricen, stark epitheliales Sediment aus und sind cystoscopisch leicht zu erkennen.

Ehe man eine „Cystite rebelle" diagnostiziert, soll man Tuberkulose, Pyelonephritis, Genitalaffektion ausgeschlossen haben.

Die Erfolge der operativen Therapie schwerer Cystitiden veranschaulicht folgende Übersicht:

	% heilte	besserte	erfolglos	tot
Cystotomia perinealis	36%	36%	5%	23%
„ alta	38	32	19	11
	50	33	17	0
	30	39	8	23
„ vaginalis (50% Fisteln!)	65	31	4	0
Curettement	26	35	39	0

Pasteau (Correferent). 1. Nicht tuberkulöse refractäre Cystitiden sind totale interstitielle Cystitiden, die sich auf alle Wandschichten ausgebreitet haben. 2. Die übrigen hartnäckigen Cystitiden sind tuberkulöse. — *Pathologie:* Die entzündete Blase wird bei Ausdehnung

mehr kuglig, als die normale. Die Mucosa verliert ihre Widerstandsfähigkeit gegen Mikroben und gegen Resorption. Die Musculosa wird hypertrophisch und sclerotisch, ausdehnungsunfähig, später dagegen atrophisch und überdehnt. Das Bindegewebe in allen drei Schichten wird verdickt und verhärtet und kann sich demzufolge nicht mehr dem wechselnden Füllungsgrade anpassen. Dazu kommen Irritation und Kompression der Gefäße und Nerven.

Prophylaxe: Eine gewöhnliche Cystitis wird nur deswegen „rebelle", weil sie nicht rechtzeitig, nicht richtig, nicht lange genug behandelt worden war. *Therapie:* a) Tuberkulöse Blasen sind mit Guajacol oder Sublimat zu instillieren, ruhig zu stellen, bei unerträglichen Symptomen eventuell zu öffnen; unvollständige Extirpation ist unsicher, vollständig unmöglich. b) Gegen nicht tuberkulöse refractäre Cystitiden sind permanente Irrigation, Verweilkathetrismus, Curettement, Fistulisation wirksam. Ist nur die Schleimhaut befallen, so kurettiere man sie, beim Manne nach Sectio perinealis oder alta, bei der Frau per urethram; Leucoplacieen sind zu excidieren. Stets ist eine lange Nachbehandlung, (Drainage, Instillationen) notwendig, da auch die restierenden Schichten krank sind.

Ist die ganze Wand befallen, so ist eine Heilung ein Ding der Unmöglichkeit; man muß sich also auf interne Behandlung beschränken oder die Blase fistulisieren. Dilatation des Orificium vesicale ist zwecklos. Die urethrale Boutonnière mit Verweildrain ist erfolgreich und gefahrlos. Die vesicovaginale Öffnung hat stets (12 von 14 ><) Erfolg, wenn die Fistel weit und lange offen bleibt, die perineale Sectio ist nicht ratsam, die suprasymphysäre war in 27 von 30 Fällen von Erfolg (d. i. symptomatische Besserung!) gekrönt.

Hallé bestätigt auf Grund seiner zahlreichen anatomischen Untersuchungen chronischer Cystitiden, daß gegenüber der Erkrankung der Musculosa und Serosa die dauernde Öffnung die einzige, aber auch nur notdürftige Hilfsquelle bleibe. Nach Tédenat sind Fissuren am Orificium urethrovesicale und Hypersensibilität zuweilen für die hartnäckigen Schmerzen verantwortlich zu machen. Instillieren kann man auch mit Protargol und Ichthargan. Perineal muss man zuweilen eröffnen, weil die Blase zu klein und zu dick ist, um sich mit der Bauchwand vernähen zu lassen. Malherbe verlor 3 tuberkulöse Cystitiden (35, 58, 62 J.), während 4 durch interne Behandlung, 4 nach verschiedenen Operationen heilten; auch einem Mann und einer Frau mit gonorrhöischer Cystitis sah er sich genötigt, die Blase zu

öffnen. Loumeau beobachtet 2 durch Höllensteinverätzung entstandene Cystitiden seit 4, bez. 7 Jahren mit Bauchblasenfistel, eine Frau mit Narbenschrumpfblase nach geheiltem Ulcus seit 20 Jahren. Escat macht auf Harnleiterentzündung als Ursache der Hartnäckigkeit eines Katarrhes aufmerksam; welche er jedoch meistens auf Leucoplakie bezieht. Bazy meint, hinter einer „rebellischen" Cystitis stecke recht oft eine übersehene Harnverhaltung oder eine verkannte Pyelitis; bei reiner Cystitis bleibt der Allgemeinzustand gut. Gegen die Curettierung oder Cauterisierung der eröffneten tuberkulösen Blase erklärt sich Desnos, da sie ja doch nie vollständig sei, öfters aber die Tuberkulose propagiere. Frank hat Cystitiden bei Frauen mit einem Harnleiterkathetercystoskop lokalisiert geätzt. Freudenberg injiziert bei ammoniakalischer Cystitis 3 ccm einen 10% Glyzerinjodoformemulsion mit 30—40 ccm Wasser, ferner, ebenso wie Guillon, Acid. picricum. Hamonic hat 8 × cystostomiert, 3 P. heilten, 2 bekamen Tuberkulose, 3 Carcinom; er sieht in fungöser Cystitis oft eine Vorstufe der letzteren Erkrankungen.

Kleinere Mitteilungen über Blasenkrankheiten und Verwandtes. Die Totalexstirpation der Blase zugleich mit totaler Emasculation hatte ein P. Hogge's $5^1/_2$ J. überlebt; die Organe wurden demonstriert,

Beseitigung eines Bauchbruchs führte in wenigen Tagen Schluß einer 7 Monate bestehenden Bauchblasenfistel herbei (Lequen). Transversalincision der Blase nach Längsbauchschnitt vermeidet Bauchbruch und ungenügende Zugänglichkeit.

Die subsymphysäre Blasenöffnung nach Langenbuch haben Lequen und Chatelin an der Leiche studiert; sie halten dieselbe für die Extraktion großer Steine bei Greisen geeignet.

Ein großer Blasenstein adhaerierte so innig der Schleimhaut, daß er durch die Wunde des hohen Schnitts extrahiert jene in toto mit sich zog. (Minet.)

In zwei Hälften teilt Hunden die Blase zu Versuchszwecken Chatelin; die rechte und linke Blase sind gänzlich von einander abgeschlossen; in jede mündet ihr Harnleiter.

Den Harnscheider hat Rafin 30 × gebraucht, 12 × bei Männern, 17 × bei Frauen; 22 × kontrollierte Operation das Ergebnis. Chatelin will die Harnscheider nur als eines von vielen Hilfsmitteln angesehen wissen. (Fortsetzung folgt).

Digitized by Google

Uber syphilitische Harnröhrenstrikturen beim Manne.

Von Privatdozent Dr. **C. Adrian-Straßburg.**

Während die im Anschluß an den Primäraffekt der Harnröhre auftretenden entzündlichen und organisierten Strikturen in nahezu allen Lehr- und Handbüchern die ihnen zukommende Beachtung gefunden haben, läßt sich ein gleiches von den im Tertiärstadium der Syphilis auftretenden Verengerungen der Urethra nicht sagen.

1. Mit den ersteren kann ich mich deshalb kurz fassen.

Entsprechend der Häufigkeit des Sitzes der Sklerose im Meatus, der Seltenheit derselben in der eigentlichen Urethra (nur in seltenen Fällen [Gebert, Berkeley Hill, Fleury, Grünfeld, Albarran u. a. m.] reicht sie tiefer als bis zum Ende der Fossa navicularis), wird auch der Meatus häufiger entzündlich oder narbig verengt.

Die beim frischen Primäraffekt der Urethra auftretenden Strikturerscheinungen sind durch die oedematös-entzündliche Schwellung der Schleimhaut bedingt und erreichen selten höhere Grade.

Mit der Heilung des primären Schankers kann es aber alsdann zu einer Schrumpfung des Infiltrates kommen, welche zu einer mehr weniger starken Veränderung der Harnröhrenwandung Anlaß geben kann. Während aber die Sklerose des Meatus ziemlich häufig eine solche Striktur im Gefolge hat, gibt der Urethralschanker nach Fournier (1898, Pg. 114) nie den Grund ab zu einer Verengerung des Lumens:

„Le chancre urethral, sagt Fournier, ne comporte pas d'acci„dents posthumes. Jamais on ne l'a vu servir d'origine à des atrésies du „canal. Il diffère en cela du chancre du méat, lequel est assez fréquem„ment suivi de déformation ou de rétrécissement de l'orifice uréthral".

2. Für das sekundäre Stadium der Syphilis ist von derartigen Strikturen der Harnröhre — entsprechend dem Oberflächencharakter der Schleimhauterscheinungen — nichts bekannt, obgleich die Bedingungen zu einer stärker entzündlichen, vorübergehenden Verengerung des Kanals durch Reibung der Kleider, Reizung durch den passierenden Harn, Blutüberfüllung etc., auch in diesem Stadium vollauf gegeben wären.

3. Hingegen sind Fälle von gummösen Harnröhrenstrikturen schon längst bekannt und wiederholt beschrieben worden, so

von Notta 1849, Veale 1867, Voillemier 1868, H. Zeissl M. v. Zeissl 1872—1902, Fournier 1875—1901, Bronson 1877, Johnson 1880, Lang 1884—1895, de Santi 1886, Bouilly 1886, Mauriac 1890, Albarran 1894, Glantenay 1897, Al. Renault 1903, Vainitch-Sianogennski 1903.

Und wenn auch einzelne dieser Beobachtungen nicht ganz einwandsfrei sind (vorausgegangene Gonorrhoe, falsche Diagnose, etc.), so sind doch andere über jeden Zweifel erhaben.

Entsprechend der Seltenheit tertiärer Erscheinungen in der männlichen Urethra — Fournier (1901, Pg. 209) hat unter 151 tertiären Erkrankungen des Penis nur 19 mal die Urethra befallen gesehen — werden auch Strikturen nicht gerade häufig sein können, zumal nicht jedes Urethralgumma zu einer Verengerung der Harnröhre führt.

Was die Zeit des Auftretens dieser Urethralgummata nach der Infektion betrifft, so gibt Albarran (1894, Pg. 489) $2^1/_2$ bis 15 Jahre als oberste und unterste Grenze an.

Lokalisation der Gummata: Im allgemeinen scheinen sich gummöse Neubildungen der Harnröhre auf die Partie zwischen Meatus und Bulbus zu beschränken, also die hintere Urethra zu verschonen, und mit Vorliebe sich in den vorderen Partien der Pars pendula, nach Fournier (1901, Pg. 209) 1—5 cm vom Meatus entfernt, zu lokalisieren.

Dementsprechend finden sich gummöse Strikturen am häufigsten in den distalsten Partien der Urethra.

In ihren klinischen Erscheinungen lassen sich zweckmäßig Gummata der Urethra von solchen der Glans trennen, welch' letztere einige Besonderheiten aufweisen.

Das Gumma der Glans (Oberfläche oder Körper) greift nicht so selten auf den Meatus über und kann unter Umständen denselben verlegen.

Mauriac (1890) hat zahlreiche hierher gehörige Beobachtungen beschrieben, in denen also das Gumma primär auf der Glans lokalisiert war und durch Übergreifen auf den Meatus diesen in Mitleidenschaft gezogen hatte; jedoch nur in einer einzigen Beobachtung (obs. 23, Pg. 133) war es dabei (nach Bildung einer Harnröhrenfistel) zu einer Verengerung bzw. völligen Atresie des Meatus ext. gekommen; von einem analogen Fall berichtet auch M. v. Zeisl (1902, Pg. 410).

Die Gummabildung kann aber auch im Innern des Urethrakanals beginnen und von da allmählich auf die Urethralmündung übergreifen und so sekundär die Glans befallen.

Das Gumma der Urethra kann primär von der Urethralwandung ausgehen, was ein selteneres Ereignis darstellt, oder sekundär von der Umgebung seinen Ausgangspunkt nehmen, was häufiger der Fall ist.

Von der ersten Varietät hat Fournier (1901, Pg. 211/213) nur wenige Fälle selbst gesehen, von denen er 3 ausführlich beschreibt.

Was die zweite Gruppe von Urethralgummen betrifft, so habe ich soeben auf das sekundär die Urethra bezw. den Meatus befallende Gumma der Glans hingewiesen; auch das Corpus cavernosum urethrae, vielleicht auch die Corpora cavernosa penis und die Prostata können den Ausgangspunkt der Harnröhrenlaesion bilden.

Oberflächliche Gummata der Glans sowohl als auch solche der Urethra zerfallen in der Regel frühzeitig und verursachen deshalb wohl nie Strikturerscheinungen. Die daraus resultierenden Geschwüre sind, auch wenn sie sich auf die eigentliche Harnröhre beschränken, endoskopisch als luetischer Natur zu diagnostizieren, wie in dem Fall von Grünfeld (1884, 1891), und auch in dem Fall von Voillemier (1868) handelte es sich um ein zerfallenes, bis ins Corpus cavernosum urethrae reichendes Gumma der Harnröhre, neben geschwulstartigen Infiltraten in den tieferen Teilen der Urethra. Trotzdem bestanden hier sowohl, als auch in dem ebenerwähnten Fall von Grünfeld keine Harnbeschwerden.

Anders tiefer liegende Gummata der Urethra oder des Corpus cavernosum urethrae, oder solche der Nachbarschaft. Dieselben komprimieren in der Regel die Harnröhre mehr weniger stark; so war in einem Präparat aus dem Wiener pathol. anatom. Museum, das M. v. Zeissl (1902, Pg. 410) kurz erwähnt, „die Harnröhre durch Gummen verengt".

Eine weitere, (dritte), tertiäre Erscheinungsform der Syphilis der Harnröhre, welche uns hier besonders interessiert und jeden Abschnitt derselben befallen kann, ist die von Fournier als „Syphilome cylindroide de l'urèthre" benannte, schmerzlose, derbe Infiltration oder Schwiele.

Dieselbe kann aus einem gummösen Geschwür oder einem tiefliegenden Gumma hervorgehen, aber auch selbständig, primär als solche auftreten, oft ganz gewaltige Dimensionen annehmen und die ganze Urethra mantelförmig umgeben.

Die Form und Konsistenz dieser Bildungen hat Fournier treffend verglichen mit dem Handgriff eines Ballnetzes (manche de raquette),

einem Federhalter (porte-plume), einem Ladestock (baguette de fusil) oder einem Pfeifenrohr (tuyeau de pipe).

Die Induration ist nun in Bezug auf Ausdehnung in Länge und Tiefe sehr verschieden: oft rein zylindrisch, oft mehr höckrig, uneben, perlschnurförmig; ebenso verschieden ist der Grad des Befallenseins der Urethra überhaupt.

Fournier (1901, Pg. 213) sah die Harnröhre in einer Länge bis zu 8 cm davon befallen.

In einem der Fälle von Lang (1895, Pg. 439) führte ein gummöses Infiltrat des Corpus cavernosum urethrae, das fast die ganze Pars pendula in einen fingerdicken, knolligen Wulst umgewandelt hatte, zur Perforation nach außen und in die Harnröhre, also zu einer Fistel. Gegen die Mündung hin veranlaßte das Infiltrat eine Verengerung, hinter welcher sich die kranke Urethra bei der Harnentleerung aufblähte.

In dem Fall von Glantenay (1897, Pg. 407) kam es zu einer Sklerosierung der Harnröhrenwand, welche sich von der Glans bis zum Damm hin erstreckte, so daß die Urethra wie in einen knorpeligen Zylinder von Fingerdicke umgewandelt erschien.

In dem Fall von Al. Renault (1903) nahm das knochenharte Infiltrat die ganze Länge der Urethra vom Frenulum bis zum Damm ein.

Charakteristisch für diese Schwielenbildung ist der insidiöse Verlauf und die geringen Beschwerden.

Im ganzen ist sie indes selten, hat doch Fournier (1903) im ganzen nur ungefähr ein halbes Dutzend solcher „syphilomes cylindroides" gesehen.

Zu den Symptomen bei frischen Gummabildungen der Harnröhre wären zu rechnen:

1. der schmerzlose, wenig reichliche, meist leicht blutig gefärbte Harnröhrenausfluß,
2. die leichten Stenosenerscheinungen von Seiten der Harnröhre,
3. die direkt oder endoskopisch sichtbare Ulceration der Tumorbildung, oder die mehr zirkumskripte oder diffuse, schmerzlose Infiltration der Wandung, welche den uns hier interessierenden fertigen Strikturen der Harnröhre vorangehen.

Unter den aufgezählten Symptomen dürften die Stenosenerscheinungen wohl nie höhere Grade erreichen, so tiefgehend und weit ausgebreitet die urethrale und periurethrale, diffuse oder mehr zirkumskripte Infiltration auch sein möge, so auch in dem ebenerwähnten Falle von Al. Renault (1903) und in einer von Fournier (1901, Pg. 214) erwähnten Beobachtung, die beide ziemlich hohe Grade der Schwielenbildung darstellen.

Erst nach Heilung des Geschwürs oder nach Durchbruch des Gummas nach außen oder in die Harnröhre, oder Resorption des gummösen Infiltrates, entweder spontan oder unter dem Einfluß einer antiluetischen Kur kommt es zu einer Umwandlung der befallenen Gewebe in Bindegewebe, zu Narbenbildung, Sklerosierung des Gewebes, welche zugleich das pathologisch-anatomische Substrat der Striktur ausmachen oder bei tiefer liegenden Prozessen außerdem noch zu narbigen Knickungen oder Verkrümmungen der ganzen Harnröhre, die ihrerseits Miktionshindernisse erzeugen können.

Entzündliche Komplikationen durch Hinzutreten von Urininfiltration bezw. einer Urinphlegmone sind selten und scheinen nur in den Beobachtungen von de Santi (1886) uud Bouilly (1886) vorgelegen zu haben.

Während aber die erwähnten Symptome, speziell die oft mächtige, massige, derbe Härte an den infiltrierten Stellen der Harnröhre, die Diagnose auf Gumma zu stellen erlauben — und höchstens eine Verwechslung mit einem periurethralen Abszeß oder einer Cavernitis aus anderer Ursache zulassen, die indes nie so schmerzlos verlaufen dürften —, wird erst eine eingehende Erhebung der Anamnese, das Bestehen von anderweitigen syphilitischen Erscheinungen frischeren oder älteren Datums (neben der Chronicität des Verlaufs) an ein geheiltes Gumma als Ursache einer solchen Striktur denken lassen.

In einer eigenen Beobachtung kam jedenfalls Syphilis der Harnröhre als Ursache zweier ringförmigen Strikturen, 9 bzw. 13 cm vom Meatus ext. entfernt, ernstlich in Betracht.

Der Patient, ein 59jähriger Schlosser, hatte sich wegen eines ziemlich akut aufgetretenen Ikterus und einer schmerzlosen Schwellung des Leibes in ärztliche Behandlung begeben und wies bei der ersten Untersuchung zahlreiche, sinuöse, durch Konfluenz mehrerer Geschwüre entstandene, tiefe Narben der Glans und einen Defekt des weichen Gaumens auf. Gonorrhoe oder Trauma fehlten mit Bestimmtheit in der Anamnese. Der mit Ascites und Leberschwellung einhergehende Ikterus schwand innerhalb kürzester Zeit unter Jodkalium und wies mit großer Wahrscheinlichkeit auf Lebersyphilis hin.

Die Anamnese ergab weiter: 1873 Ulcus der Glans, das lange nicht heilte, kein Ausschlag, keine Allgemeinkur. Um 1885 multiple Geschwüre am Penis und langwieriger ulceröser Prozeß im Halse. Seit 1878 verheiratet. Frau abortierte um 1882 im 2.—3. Monat. Sonst keine Aborte. Ehe kinderlos geblieben. Potus negiert.

Seit 1½ Jahren zunehmende Beschwerden bei der Harnentleerung, erst neuerdings starker Harndrang und Schmerzen beim Wasserlassen. Die erwähnten Strikturen in der Pars bulbosa sind anfänglich nur für dünnste Sonden durchgängig und erweisen sich im Verlaufe der Dehnungskur als

Digitized by Google

außerordentlich hart. Trotzdem heilt die die Strikturen komplizierende Cystitis sehr schnell, und Patient kann mit einer Metallsonde Nr. 22 geheilt entlassen werden.

Was gummöse Strikturen gegenüber solchen aus anderen Ursachen charakterisiert, ist einmal der Sitz derselben. Zum überwiegend großen Teil befallen sie die distalsten Partien der Urethra, unterscheiden sich also dadurch von gonorrhoischen Strikturen, die die Bulbusgegend bevorzugen.

Gummöse Strikturen verschonen, im Gegensatz zu solchen traumatischen Ursprungs, die hintere Urethra.

Gummata als Ursache von Strikturen sind im Gegensatz zu anderen Aetiologen ungemein selten.

Bezüglich des Charakters der gummösen Striktur scheint es mir denkbar, daß bei der Tiefe des sklerosierenden Prozesses und der für die Genital- und Analgegend überhaupt typischen Schwielenbildung, dieselbe gelegentlich sehr lang sein kann und eher die Eigenschaften der sog. resilienten Strikturen annehmen wird.

Auch mein Fall scheint zu denselben zu gehören, wo indes bisher auch die einfache Dehnungskur, wenn auch nur sehr langsam, zu einem befriedigenden Resultat geführt hat.

Differentialdiagnose: Bei Vorhandensein einer Striktur wird immer das ätiologische Moment zu berücksichtigen sein.

Ich habe soeben die allgemein hierbei zu erörternden Gesichtspunkte bei den organisierten, fertigen Formen der Verengerung erwähnt, und was die endourethrale Sklerose gegenüber anderen, ebenfalls endourethral sich lokalisierenden geschwürigen Prozessen der Harnröhrenschleimhaut betrifft, so gelten die allgemein bekannten differentialdiagnostischen Merkmale.

Es erübrigt mit einigen Worten der bei tieferen ulcerösen Prozessen differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen zu gedenken.

Eine Verwechslung dieser ulcerierten Formen des Gumma der Glans mit einem Ulcus phagedaenicum oder einem Cancroid der Eichel ist leicht zu verstehen.

Die Inokulabilität und der Nachweis der Ducrey-Unna'schen Diplobazillen in dem einen, die histologische Untersuchung in dem andern Falle, wird aber hier entscheiden.

Auch das tiefer sitzende, d. h. in tieferen Partien der Harnröhre auftretende, primäre Carcinom, wie es in letzter Zeit wiederholt

(Koenig u. A. m.) beschrieben wurde, wird zu Verwechslungen mit einer Gummageschwulst Anlaß geben, indes nur in den seltensten Fällen wegen seines frühzeitigen Zerfalls Strikturerscheinungen machen. Desgleichen ein urethrales oder periurethrules Infiltrat gonorrhoischer Natur. Die Untersuchung des Urethralsekretes auf Gonokokken, oder eine mit oder ohne Erfolg ausgeführte merkurielle Kur, werden manchmal erst weiteren Aufschluß über die Natur des Miktionshindernisses geben. Für ein tiefersitzendes, primäres Carcinom der Harnröhre sprächen stärkere Blutungen, schnelleres Wachstum, Drüsenschwellungen in der Inguinalgegend, frühzeitiges Übergreifen auf die Haut mit multipler Fistelbildung, Mißlingen der Quecksilberkur und der histologische Nachweis des Carcinoms in ausgestoßenen Gewebsfetzen.

Die Endoskopie der Harnröhre wird, wo sie ausführbar ist, bezüglich der Ätiologie gelegentlich weitere differentialdiagnostisch wichtige Schlüsse erlauben. (Grünfeld 1884, 1891; Lang 1895.)

Bei ausgebildeter Striktur wird sich die Anamnese, der bisherige Verlauf, das Bestehen von anderweitigen syphilitischen Erscheinungen frischeren oder älteren Datums, wie z. B. in meinem Falle, differentialdiagnostisch gegenüber Strikturen aus anderen Ursachen, wenn auch nicht immer mit Sicherheit, verwerten lassen.

Bei frühzeitig erkannter Ursache der Miktionsbehinderung wird die Prognose aller Formen syphilitischer Harnröhrenstrikturen keine allzu schlechte sein.

Auch die mit Schwielenbildung einhergehenden Formen scheinen, nach dem spärlich vorliegenden Material, keine schlechtere Prognose zu geben.

Etwaige Komplikationen (Cystitis, Urininfiltration, Fistelbildung) können prognostisch wichtig werden.

Bei den abgelaufenen Formen der Lues, der ausgebildeten Striktur, als Folge vorangegangener syphilitischer Reproduktionsherde, kommen bezüglich der Prognose alle jene Momente in Betracht, die uns bei Strikturen aus anderer Ursache bekannt sind.

Therapie: In jenen Fällen, in denen eine frische Sklerose oder ein frisches Gumma die Ursache einer Harnröhrenverengerung bildet, ist eine antisyphilitische Behandlung oft allein eine Heilung herbeizu-

Digitized by Google

führen imstande. Besonders intensiv werden die hartnäckigen, mit derben Infiltrationen einhergehenden Formen zu behandeln sein.

Freilich dürfte aber in einzelnen Fällen, auch nach dem Schwinden der akuten Erscheinungen, eine weitere chirurgische Behandlung nötig werden, wenn nämlich der eigentliche syphilitische Prozeß abgelaufen ist und es sich um eine aus der Sklerose, dem Gumma etc. hervorgegangene Gewebsschrumpfung oder Narbenbildung handelt, die durch eine merkurielle Kur nicht mehr zu beeinflussen ist.

Hier hat also die gewöhnliche Strikturbehandlung Platz zu greifen, die freilich keine Heilung im idealen Sinne herbeiführen wird, so wenig wie bei Strikturen aus anderer Ursache, immerhin aber den Kranken von einer Reihe von Symptomen befreit, die für sein weiteres Leben von Bedeutung sein können.

Literatur.

Albarran: Rétrécissements syphilitiques de l'urèthre. Semaine médicale, 14e année. No. 61. 31. Oct. 1894. Pg. 489.

Allen: Periurethral tumour in a syphilitic patient. Journ. of cutan. and vener. diseates. 1887. Vol. V. Pg. 224.

Barthélemy s. **Al. Renault,**

Bouilly s. **de Santi.**

Bramann u. Rammstedt: Harnröhrenverengerungen. In: Handbuch der praktischen Chirurgie von **Bergmann-Bruns-Mikulicz.** Bd. III. Chirurgie des Unterleibs. II. Aufl. 1903. Pg. 1158.

Bronson: Case of suspected Gummous disease of the Penis. Archives of Dermatology. Vol. 3 1877. Pg. 221.

Casper: Lehrbuch der Urologie. 1903. Pg. 99: Lues der Harnröhre. Pg. 101-Syphilitische Stricturen der Harnröhre.

Casper s. auch **Thompson.**

de Margouliès: Syphilis de la vessie. Annales des maladies des organes génito-urinaires. T. 20e. 1902. Pg. 385. — Auf Pg. 389/390: Einige Literatur, desgl. auf Pg. 421/422.

de Santi (Rapport de Mr **Humbert**)**:** Sur une observation de rétrécissement syphilitique de l'urèthre. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XII. 1886. Pg. 319/321, und Discussion: **Bouilly, Humbert.**

Dittel: Die Strikturen der Harnröhre. Lief. 49 der „Deutschen Chirurgie". 1880. Pg. 57: „Ulcerationsstriktur (Ulcer.-Narbe)", u. Pg. 205: „Ulcerativer Substanzverlust der Harnröhre durch syphilitische Schmelzungen".

Durante: La sifilide dell' uretra. Riforma medic. Napoli 1897. T. XIII. pt. 4. Pg. 469. 481. 493.

Faitout: La syphilis de l'urèthre. Gaz. des hôp. 70e année. 1897. No. 107. Pg. 1045.

Finger: Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. V. Aufl. 1901. Pg. 20 u. 150.

Fournier: Chancre uréthral. (Fossa navicularis.) Bull. de la soc. anat. de Paris. XXXIe année. 1856. 2e série. T. I. Août. Pg. 329. (Fall mit Autopsie.)

Fournier: Leçons sur la syphilis tertiaire. 1875.

Fournier: Traité de la syphilis. Période primaire. — Période secondaire. T. I. Fascicule I. 1898. Pg. 113/114.

Fournier: Traité de la syphilis. Période tertaire. T. II. Fascicule I. 1901. Pg. 209 sq.

Fournier s. auch **Al. Renault.**

Gebert: Zur Pathogenese und Diagnostik des Urethralschankers. Internationales Centralbl. f. die Physiologie der Harn- und Sexualorgane. Bd. 2. 1890/91. (1891.) Pg. 341.

Glautenay: Syphilome diffus de l'urèthre. Deuxième session de l'association française d'urologie. Paris 1897. Procès-verbaux, mémoires et discussions. Pg. 406.

Grünfeld: Die Endoscopie der Harnröhre und Blase. Lief. 51 der „Deutschen Chirurgie". 1881. § 148. Pg. 143.

Grünfeld: Endourethrale gummöse Geschwüre, endoscopisch diagnosticiert. Demonstration in der Sitzung des Wiener med. Doktorenkollegiums vom 23. Nov. 1885. In: Mitteil. d. Doktorenkollegiums. Wien 1885. Pg. 268.

Grünfeld: Der syphilitische Tripper. Internationale klinische Rundschau V. Jahrgang. Wien, 27. Dez. 1891. No. 52. Pg. 2041.

Grünfeld: Endourethrale Schanker, endoscopisch diagnosticiert. Verhdlgn der Wien. Dermatolog. Ges. Sitzung vom 13. Jänner 1892. Ref. in: Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 24. 1892. Pg. 344/345.

Güterbock: Die chirurgischen Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane. Bd. I: Die chirurgischen Krankheiten der Harnorgane. Teil I, 1890 (1898): Die Krankheiten der Harnröhre u. Prostata. 1890. Pg. 86.

Guyon: Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. 3^e Ed. 1894. T. I. Pg. 14 u. 137; 4^e Ed. 1903. T. I. Pg. 21/22 u. 155.

Hoffmann, Aug.: Über einige seltenere Formen von syphilitischen Geschwüren der äußeren Genitalien und deren Umgebung. Inaug.-Diss. Strassburg. 1895. Spez. Pg. 45 ff.: III. Schankerähnliche, chronische Ulcerationen der männlichen Genitalien.

Humbert s. **de Santi.**

Johnson: Gummata of the penis resembling phagedenic chancre. The medical Record. Vol. XVII. No. 9. Febr. 28. 1880. Pg. 228.

Joseph, Max: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Zweiter Teil: Geschlechtskrankheiten. III. Aufl. 1901. Pg. 164.

Jullien: Traité pratique des maladies vénériennes. 1879. Pg. 581: Chancres de l'urèthre. Pg. 808: Gommes de l'urèthre.

Jullien: Traité pratique des maladies vénériennes. 1899. Pg. 571: Chancre syphilitique de l'urèthre, Pg. 833: Gomme de l'urèthre.

Kaposi: Pathologie und Therapie der Syphilis. Lief. 11 der „Deutschen Chirurgie". 1891. § 316. Pg. 293.

Digitized by Google

Krefting: Endoscopie des urethralen Schankers. Norsk Magazin 1891. Pg. 584.

Lang: Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Erste Hälfte. 1884. Pg. 87. Zweite Hälfte. 1885. Pg. 327/330.

Lang: Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. 2. Aufl. 1895. Erste Abteilung. Pg. 124—126 und Pg. 438—440.

Lang: Endoscopie des urethralen Schankers; In: Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. 2. Aufl. 1895. Erste Abteilung. Pg. 125 und 437. — Endoscopie bei Gumma der Urethra. Ibid. Pg. 439.

Lesser: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. Teil: Geschlechtskrankheiten. 10. Aufl. 1901. Pg. 82.

Loumeau: Syphilome urethral. Mém. de la soc. de méd. et de chir. de Bordeaux (1894) 1895. Pg. 215.

Mauriac: Syphilis tertaire et syphilis héréditaire. 1890. Obs. 23. Pg. 133.

Mauriac: Traitement de la syphilis. 1896. Pg. 553, Note 1 u. Pg. 598.

Michaelis: Les lésions syphilitiques chez le vieillard peuvent simuler le cancer. Annales de Derm. et de Syph. T. 3e. 1870—1871. Pg. 63. obs. 2.

Neumann: Syphilis. Bd. 23 von **Nothnagel's** Spec. Path. u. Therap. Wien 1896, Pg. 60: Sclerosen am orificium urethrae, etc.

Notta: Induration syphilitique du canal de l'urèthre, observation suivie de quelques réflexions sur ce genre d'altération. Archives générales de médecine. 4e série. T. 20. 1849. Août. Pg. 436.

Nunn: Oh Stricture of the urethra as a result of constitutional syphilis. Royal medical and chirurgical society of London. June 26. 1866. Ref. in: The Lancet. 1866. II. Aug. 18. Pg. 185.

Ohmann-Dumesnil: Syphilitic tubercles of meatus and urethra. Journ. of cutan. and vener. diseases. 1885. Vol. III. Pg. 177.

Rammstedt s. **Bramann u. Rammstedt.**

Renault, Al.: Syphilome tertiaire cylindroide de l'urèthre (Urèthre en tuyeau de pipe, en baguette de fusil-**Fournier**). Soc. franç. de derm et de syph. séance du 3 Déc. 1903. Ref.: Annales de derm. et de syph. T. IV. 4e série. Pg. 932; und Diskussion: **Fournier, Barthélemy.**

Thompson: Die Strikturen und Fisteln der Harnröhre. Deutsche Ausgabe von **Casper.** 1888. Pg. 77/78.

Thorndike: A case of stricture of the deep urethra in a syphilitic. Boston med. and surg. Journ. Vol. 134. No. 6. February 6. 1896. Pg. 140.

Vainitch-Sianogennsky: Affections chirurgicales des organes génito-urinaires recueillies dans la clinique de M. le prof. **Ratimoff.** Annales des maladies des organes génito-urinaires. T. 21e. 1903. Pg. 1121. Spec. Pg. 1129: Gomme du corps caverneux de l'urèthre.

Veale: On the Etiology of Stricture of the Urethra. Edinburgh medical Journal. Vol. XII. 1867. Pg. 602. (Syphilis as a cause of urethral stricture.)

Voillemier: Traité des maladies des voies urinaires. I: Maladies de l'urèthre, 1868. Pg. 133/134.

Digitized by Google

Wolff, A.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1893. Pg. 450: 497, 542.

H. Zeissl: Lehrbuch der Syphilis. II. Teil: Konstitutionelle Syphilis. 2. Aufl. 1872. Pg. 219/220.

H. Zeissl's Lehrbuch der Syphilis und der venerischen Krankheiten. Neu bearbeitet von **M. v. Zeissl.** 5. Aufl. 1888. Pg. 536/537.

M. v. Zeissl: Lehrbuch der venerischen Krankheiten (Tripper, venerisches Geschwür, Syphilis). 1902. Pg. 410.

Über Enuresis nocturna.

Von Dr. med. **Ries, Stuttgart.**

(Schluß.)

Die Behandlung der Enuresis nocturna ist, wie üblich, bei jedem Vertreter einer Theorie wieder eine andere. Es würde zu weit führen, wollte ich alle empfohlenen Mittel und Behandlungsmethoden aufzählen, ich will vielmehr im folgenden diejenige Art der Behandlung schildern, die sich im Laufe der Zeit aus der Fülle der Mittel als die rationellste herausgebildet hat.

Es ist manchmal recht schwer, die Angehörigen der kleinen Patienten, zur Befolgung ärztlicher Verordnungen zu bewegen. Nicht einmal die notwendige Reinlichkeit, geschweige denn eine sorgfältige Pflege kann man bei vielen Eltern durchsetzen, weil sie vielfach, wie erwähnt, die Krankheit ihres Kindes für eine Unart halten. Und doch kommt man zuweilen mit relativ einfachen Mitteln aus!

Man gewöhnt die Kinder an Regelmäßigkeit in ihrer Harnentleerung, wo möglich auch des Nachts, indem man vorsichtig die Kinder ein- bis zweimal erweckt; (selbstverständlich müssen die Kinder unmittelbar vor dem Schlafengehen ihre Blase und, wo möglich, auch den Mastdarm entleeren); sodann regelt man ihre Diät, man verbietet Flüssigkeitsaufnahme und flüßige Speisen zur Nachtzeit (vom Nachmittage an erhalten die Kinder nichts Flüssiges mehr), sorgt für regelmäßigen Stuhlgang, für Reinlichkeit durch Bäder und Waschungen, man empfiehlt Schlafen auf fester Matratze ohne Federbett mit Gummiunterlage, mäßiges Turnen und Spazierengehen, man sucht die Konstitution durch Sol- und Seebäder, oder wenn möglich, durch Land- oder Gebirgsluft zu stärken und unterstützt dies noch durch Gaben von Roborantien, wie Eisen- und Chininpräparate oder Leberthran oder Präparate wie Haematogen und Somatose u. a.

Die Angehörigen oder Lehrer müssen versuchen, die Willenskraft des Kindes zu stärken, der Lehrer sollte den Kindern niemals die Erlaubnis verweigern, bei eintretendem Bedürfnis die Blase entleeren zu dürfen, er sollte derartige Kinder vielmehr in jeder Erholungspause dazu anhalten, Urin zu lassen; beim Militär geht man sogar in der Aufmerksamkeit gegen derartige Kranke soweit, daß man sie durch den Wachtposten stündlich wecken und sie danach urinieren läßt.

Die mutmaßlichen Ursachen der Enuresis nocturna sind zu beseitigen: bei Knaben die Phimose, Balanitis, Verwachsungen des Praeputiums mit der Eichel, bei Mädchen etwaige kleine, polypöse Excrescenzen, Carunkeln etc. an der äußeren Harnröhrenmündung.

Bei hartnäckigeren Fällen habe ich am meisten Nutzen gesehen von der Einwirkung der Elektrizität, und zwar besonders vom faradischen Strom. Ultzmann, von dem dies Verfahren stammt, reizt, sich auf die bekannte Tatsache stützend, daß der Sphincter ani und der Sphincter vesicae zusammengehen, diesen letzteren auf indirekte Weise vom Mastdarm aus. Der eine Pol des inducierten Stromes ist ein in einem Holzgriff steckender Metallzapfen, der in das Rectum eingeschoben wird, während der andere, ein gewöhnlicher Schwammträger, bei Knaben auf die Raphe perinei, bei Mädchen in eine Beckenfalte angesetzt wird. Ultzmann ließ nun erst ganz schwache Ströme durch, um die Kinder nicht zu erschrecken, ich habe weit bessere Wirkungen von einem etwas schmerzlichen faradischen Strome 1—$1^1/_2$ Minuten lang, täglich, 14 Tage bis 3 Wochen hindurch, gesehen. Der konstante Strom ließ mich häufig im Stich. Lokale Behandlung jeglicher Art, so viel sie gerühmt wird, meide oder beschränke ich aufs äußerste, da ich es nicht für unbedenklich halte, ohne zwingenden Grund einer kindlichen Blase einen Fremdkörper einzuführen, durch den die Gefahr einer Infektion doch recht nahe liegt. Diese Lokalbehandlung, wie sie vielfach geübt wird, besteht in Höllensteininstillationen, Einführung starker Metallsonden, bei Oberländer in Dehnung des hinteren Harnröhrenabschnittes. Gute Erfolge zeitigt mitunter ein Verfahren, das bezweckt, den Schließmuskel vor zu starker Inanspruchnahme zu schützen und von Seiten der Detrusoren eine tunlichst beschränkte Kontraktion auszulösen. Dies wird am einfachsten dadurch erreicht, daß man den sich ansammelnden Urin möglichst spät erst das Orific. intern. der Harnröhre erreichen läßt. Zu diesem Zwecke stellt man die Betten der Kinder so, daß das Fußende höher zu stehen kommt

als der Kopf; dadurch erreicht man, daß der während der Nacht aus den Nieren fließende Harn sich zunächst im hinteren oberen Segment der Blase ansammelt und — wider Erwarten — ihren Scheitel eher ausfüllt, als den Fundus.

In der neuesten Zeit wurden nach den übereinstimmenden Mitteilungen namhafter Autoren, insbesondere von Cathelin und Strauß, günstige Erfolge erzielt mit der epiduralen Injektion nach Cathelin. Von 10 Fällen von Enuresis, die Strauß nach dieser Methode behandelte, betrafen 8 die E. noct. et diurna. Von diesen wurde einer geheilt, in 2 Fällen wurde nur das Bettnässen bei Tage geheilt, das nächtliche nur gebessert. 4 Fälle wurden gebessert, ein weiterer nur vorübergehend. 1 Fall von E. n. wurde wesentlich gebessert, 2 nur vorübergehend. Die Zahl der Einspritzungen betrug 1—9. Die Methode ist, wie Strauß auf der Naturforscherversammlung in Kassel hervorhob, leicht ausführbar und durchaus ungefährlich, sofern die Injektionen unter peinlichen aseptischen Kautelen vorgenommen werden.

Von Medikamenten wurden schon sämtliche Narcotica und Tonica und noch vieles andere empfohlen, ein Beweis, daß keines den gewünschten Erfolg gezeigt, in neuerer Zeit empfehlen manche Autoren sehr warm den Gebrauch von Rhus aromaticum, das die Empfindlichkeit der Blasenmündung herabsetzen soll. Man gibt von der Tinktur. Rhoisarom. 10—15 Tropfen mehrmals täglich.

Nicht übergehen möchte ich schließlich das häufige gleichzeitige Auftreten von adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum und der Enuresis nocturna.

Grönbeck fand in 13% aller Fälle von adenoiden Vegetationen gleichzeitig Enuresis nocturna. Unter 23 solcher Patienten, bei welchen die Vegetationen operativ entfernt wurden, wurden 12 dadurch auch vom Bettnässen geheilt, 5 wesentlich gebessert, 3 etwas gebessert, 3 blieben ungeheilt

In den Fällen, in welchen die adenoiden Wucherungen rezidivierten, stellte sich die Enuresis von neuem ein, um mit der abermaligen Entfernung der ersteren wieder zu verschwinden. Er nimmt an, daß nicht der psychische Shok der Operation das Aufhören der Enuresis bewirkt habe, sondern daß ein enger Zusammenhang zwischen diesen und der Nasenverstopfung bestehe. Durch die behinderte nasale Respiration komme eine Überfüllung des Blutes mit Kohlensäure zu Stande, welche die Sphinkterenlähmung zur Folge habe.

Die interne Behandlung der Gonorrhoe.

Von **Dr. Boß, Straßburg i. Els.**

(Schluß.)

Überblicken wir die übereinstimmenden Resultate der verschiedenen Autoren, so gelangen wir zu dem Schlusse, daß das Gonosan eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes bedeutet (Spitzer, V. Meyer) und daß die Einführung des Gonosans in die Gonorrhoetherapie als ein bedeutungsvoller Fortschritt anzusehen ist, (Saalfeld) denn:

1) Es beseitigt die heftigen Beschwerden, das Brennen und die schmerzhaften Erektionen, Erscheinungen, die bei der akuten Gonorrhoe, mag sie im vorderen oder hinteren Teile der Harnröhre lokalisiert sein, gewöhnlich auftreten. Selbst wenn Blasenentzündung sich hinzugesellt, beruhigt das Gonosan rasch die Blasennerven und bringt die Dysurie zum Verschwinden.
2) Die starke adstringierende und baktericide Eigenschaft des Gonosans verhütet bei Innehaltung der Diätvorschriften ein Übergreifen des Prozesses auf den hinteren Teil der Harnröhre, wodurch Komplikationen und eine lange Dauer der Krankheit vermieden werden.
3) Von den Balsamicis wird Gonosan am besten vertragen. Es greift den Magen nicht an, erzeugt keinen Widerwillen, kein Ekelgefühl und ruft keine Nierenreizung hervor. Es kann somit wochenlang ohne Nachteil genommen werden.

Bezüglich der Frage, auf welche Weise die günstige Wirkung des Gonosans auf den Tripperprozess zu erklären ist, möchte ich folgendes ausführen:

Das Gonosan wirkt auf die durch den Gonococcus entzündete Harnröhre dadurch, daß die in ihm enthaltenen Harzsäuren sich im Organismus mit Kali und Natron zu einer in Wasser löslichen Harzseife binden, welche als harzsaures Kali gelöst in den Harn übergeht. Dieser, stark gesäuert, wird hierdurch gleichsam vor seiner Absonderung aseptisch gemacht. Zahlreiche Untersuchungen haben in Wirklichkeit ergeben, daß der Urin nach dem Einnehmen von Gonosan schwer in Fäulnis übergeht und eine ausgesprochene baktericide Kraft

besitzt. Das Resultat zahlreicher Versuche[1]), die im Piorkowsky'schen bakteriologischen Institute zu Berlin gemacht wurden, war, daß virulente Gonococcenkulturen abgetötet wurden, während sie 5 Minuten mit Harn in Berührung gebracht wurden, der von Patienten stammte, die Gonosan genommen hatten. Des weiteren ergab sich, daß ein solcher Gonosanurin in den Brutschrank gebracht nach 3 Tagen keine Fäulnis zeigte, während bei einem normalen Kontrollharn dieselbe schon nach 24 Stunden auftrat. — Wenn ein solcher mit Harzsäuren stark gesättigter und durch Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr sehr konzentrierter Urin die entzündete Harnröhre passiert, so ist es erklärlich, daß er wie eine von innen mit einer antiseptischen Lösung unter hohem Druck gemachte Injektion wirkt, indem er den oberflächlich gelegenen Gonococcenrasen wegschwemmt und die noch zugänglichen Gonococcen vernichtet. Dagegen erscheint es fraglich, ob die in die Tiefe gelangten Gonococcen in ihrer Entwicklung gehemmt werden, da sie von dem vorbeifließenden Urinstrom direkt nicht getroffen werden. Die genauen mikroskopischen Untersuchungen in Verbindung mit den günstigen Heilresultaten sprechen aber dafür, daß trotzdem durch Gonosan eine Abtötung der tief in den Lakunen, Drüsen und Krypten sitzenden Gonococcen erfolgt. Hierfür möchte ich eine andere Erklärung geben. Im sauren Magensaft wird das Harz in Harzsäure umgewandelt. Nach Absorption im Darmkanal gelangt sie in die Blutbahn und wird durch die Nieren ausgeschieden. Ich glaube nun, daß die Harzsäure die Eigenschaft besitzt, die Toxicität des pathogenen Gonococcus zu vernichten und zwar dadurch, daß sie erstens im Blute eine Hyperleucocytose hervorruft und 2. die phagocytische Energie der weißen Blutkörperchen erhöht. Hierdurch wird unzweifelhaft die Wehrkraft des Organismus vermehrt, die ihn befähigt, leichter als unter gewöhnlichen Verhältnissen seine Feinde abzuwimmeln. Für diese Hypothese spricht auch das noch nicht beobachtete Auftreten von Tripperrheumatismus bei Gonosanbehandlung und die schnelle Besserung des schon eingetretenen Tripperrheumatismus unter Gonosan-Darreichung, wie sie von Schmidt[2]) in Mons berichtet wurde.

Im Anschluß an die von den zitierten Autoren gemachten Er-

---

[1]) Saalfeld, l. c.

[2]) l. c.

fahrungen über Gonosan möchte ich jetzt die von mir erzielten Ergebnisse einer größeren Versuchsreihe niederlegen.

Im Ganzen habe ich im Laufe des Jahres 1903 fünfzig Fälle von frischer Gonorrhoe nur intern mit Gonosan behandelt. Es wurde eine peinliche Diät, die hauptsächlich in Vermeidung der Alcoholica und Beschränkung der Flüßigkeitszufuhr bestand, sowie Vermeidung scharfer, gewürzter Speisen und sonstiger Schädlichkeiten, wie Turnen, Reiten, Velocipedfahren, Tanzen etc. vorgeschrieben und Ruhe, Suspensorium und 5—6 mal täglich 2 Gonosankapseln nach dem Essen ordiniert.

Von den Patienten, die inbezug auf ihren Beruf meist den gebildeten Ständen angehörten und sich in Beamte, Fabrikanten, Handwerker, Kaufleute, Offiziere, Reisende, Studenten gruppierten, wurde das Gonosan im allgemeinen gut vertragen. Nur bei 2 Patienten mußte die Kur wegen eines bestehenden Magenkatarrhs unterbrochen werden. Voraussetzung der internen Behandlung der Gonorrhoe ist also ein intakter Magen. Von den übrigen 48 Patienten, die im Alter von 18—45 Jahren standen, waren 10 bereits zum zweiten resp. dritten Male infiziert.

Die Erfolge, welche mit Gonosan erzielt wurden, müssen als sehr günstige bezeichnet werden. In fast $^{3}/_{4}$ der Fälle gelingt es ohne jede Lokalbehandlung die akute Gonorrhoe zur Heilung zu bringen. Im Durchschnitt war der Verlauf folgender:

Nach ungefähr 8 Tagen verschwindet — bei täglich 8—12 Kapseln je nach Intensität der Erscheinungen — der dicke grüne Eiter, um einer serösen weißlichen Flüssigkeit Platz zu machen.

In der zweiten Woche läßt das Sekret an Menge bedeutend nach, zeigt sich meist nur Morgens, um gegen Ende der dritten Woche gänzlich zu verschwinden. Die mikroskopische Untersuchung des Sekretes hat ergeben, daß Gonococcen meistens nach 8—10 Tagen nicht mehr vorhanden waren; in einigen Fällen konnte dieses Resultat erst nach Ablauf von 14 Tagen seit Beginn der Kur erzielt werden, durchschnittlich aber waren in der dritten Woche die Gonococcen abgetötet. Bei 14 Patienten ließ die minimale Morgen-Sekretion auch nach 4 Wochen nicht nach. Es mußten dann Einspritzungen zu Hülfe genommen werden, wobei ich Zinc. sulfocarbol. (1,0: 200,0) und Cupr. sulf. (0,1: 200,0) bevorzuge, also Silbersalze ganz bei Seite lasse. Unter dieser Medikation, die bis in die sechste resp. siebente Woche fortgesetzt wurde, verschwand das Sekret vollständig.

Digitized by Google

Es machte auf mich den Eindruck, daß hauptsächlich bei etwas schwächlichen, anämischen Patienten, die mit ihren Kräften nicht haushälterisch gewirtschaftet hatten, die Sekretion ohne Einspritzungen nicht zu beseitigen war.

Von Komplikationen beobachtete ich fünfmal ein Übergreifen des Entzündungsprozesses auf die pars post., darunter zweimal Epididymitis, wobei die Patienten zum Teil nicht ganz ohne Schuld waren, da sie viel stehen mußten und die Diät nicht genau inne halten konnten. Es würde dies einem Prozentsatz von 10 : 100 entsprechen. Ein solch günstiges Resultat ist bisher von keiner Seite mit der Injektionsbehandlung erzielt worden und man ist daher zu der Annahme berechtigt, daß durch das Einspritzen selbst Schädlichkeiten gesetzt werden, die zu Komplikationen Veranlassung geben. Auch Saalfeld (l. c.) steht auf diesem Standpunkte, was aus folgenden Worten hervorgeht: die mit Gonosan geübte innere Behandlung des Trippers genügt in vielen Fällen zu seiner völligen Heilung und hat vor der äußeren Behandlung den Vorzug, daß die Patienten, besonders die weniger intelligenten, vor Nachteilen, die durch Injektionen verursacht werden können, bewahrt bleiben. —

In einer früheren Arbeit[1]) habe ich der kombinierten Behandlung der Gonorrhoe mit Einspritzungen und Gonosan noch das Wort geredet, indem ich zu der Ansicht neigte, daß man eine Krankheit mit allen uns zu gebote stehenden Waffen bekämpfen müsse. Die Waffen selbst aber dürfen keine neuen Wunden verursachen, da hierdurch unser Hauptgrundsatz im Heilen, primum non nocere, verletzt wird. Ich kann mich auf Grund einer langjährigen Praxis nicht des Eindruckes erwehren, daß Injektionen insbesondere mit Silbersalzen leicht Komplikationen hervorrufen können, denn wenn auch in den Lehrbüchern steht, die Urethritis post. ist bei der akuten Gonorrhoe etwas gewöhnliches, so halte ich sie für eine Komplikation, die sich bei der internen Behandlung vermeiden läßt.

Die Injektionen an sich sind schädlich durch das lange Zurückhalten der Flüssigkeit durch Kompression der Eichel, da hierdurch die Zirkulation des penis notleidet, und durch Anwendung eines zu hohen Druckes.

In der Tat muß das lange Zurückhalten der Silberlösungen als ein großer Übelstand angesehen werden, denn es ist eine furchtbare

---

[1]) Deutsche Medizinal-Zeitung 1902, 98.

Belästigung für den Patienten, seinen penis bis zu einer halben Stunde komprimieren zu müssen. Doch abgesehen von der Belästigung besteht die große Gefahr, daß infolge Erschlaffung des sphincter ext. die Silberlösung in den hinteren Teil der Harnröhre gelangt, und, da eine Abtötung sämtlicher Gonococcen nicht auf einmal erfolgen kann, eine Anzahl virulenter Pilze nach hinten gelangt und die noch vorher intakte pars post. urethrae infiziert, nachdem sie durch die Silberlösung angeätzt und hierdurch in ihrer Resistenz geschädigt wurde. Endlich aber muß durch das lange Zurückhalten der Injektionsflüssigkeit der Tonus der Penismuskulatur außerordentlich notleiden, wodurch die Widerstandsfähigkeit des Organs gegen die Gonococcen herabgesetzt wird.

Die große Häufigkeit der von verschiedenen Autoren beobachteten Urethritis posterior (50—90 %) ist doch wohl auf die Injektionsbehandlung zurückzuführen, da bei der internen Behandlung der Prozentsatz der Komplikationen bis auf 4 vom Hundert sinkt.

In neuerer Zeit wird empfohlen, ein möglichst großes Quantum Flüssigkeit in die pars ant. einzuspritzen. Demgemäß sollen Spritzen von 10—15 ccm Inhalt verwendet werden. Ich halte diese Forderung für eine bedenkliche, denn je größer der Fassungsraum der Spritze ist, um so mehr bemüht sich der Patient, die gesamte Flüssigkeit seiner Harnröhre einzuverleiben, was naturgemäß ohne starken Druck nicht möglich ist, so daß auf diese Weise die Flüssigkeitssäule den muscul. compressor überwindet und Gonococcen mit nach hinten reißt! Sehr häufig erfährt man nämlich von den Patienten, daß nach längerem Zuhalten nur wenig von der Flüssigkeit wieder zu Tage tritt.

Muß man zu Injektionen seine Zuflucht nehmen, dann verwende man die Wolff'sche Spritze, die kaum 8 ccm faßt. Ausserdem hat sie den Vorteil, daß zwischen der Spritze und der olivenförmigen Kanüle eine weiche Gummiröhre liegt, welche bei ungeschickten Bewegungen der Hand eine Verletzung der Harnröhre zu verhüten im stande ist und daß der Druck sich leicht regulieren läßt.

Die Abortivkur der Gonorrhoe mit hochprozentigen Silbersalzen findet wegen ihrer grossen Gefahr und des geringen Nutzens fast gar keinen Anklang, ebenso muss auch die Janet'sche Behandlung der akuten Gonorrhoe mit Spülungen von Kal. permanganic. Lösungen (1,0: 4000 bis 1,0:1000) als eine unzweckmäßige bezeichnet werden. Ich selbst habe in 2 Fällen nach einer Spülung akute eitrige Prostatitis mit Abscedierung auftreten sehen, was auch von anderer Seite beobachtet wurde.

Schließlich wird die Heilungsdauer durch die Injektionsbehandlung

Digitized by Google

nicht gekürzt und in manchen Fällen läßt sich trotz sorgfältigster Behandlung der Übergang in das chronische Stadium nicht verhüten.

Man muß daher unumwunden zugeben, daß die innere Behandlung der Gonorrhoe mit Gonosan vor der äußeren Injektionsbehandlung folgende Vorzüge besitzt:

1. Vereinfachung des Verfahrens durch Fortfall des lästigen und häufig nicht exakt durchführbaren Spritzens;
2. Vermeidung von Komplikationen;
3. Verbesserung des Heilresultates, da ein Übergang ins chronische Stadium bisher nicht beobachtet wurde.

Aus dem Katharinenhospital in Stuttgart.

(Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten.)
Vorstand Dr. F. Hammer, II. Stadtarzt.

Über das Ulcus molle.

Von Dr. **F. Hammer.**

Das Ulcus molle gehört zu den Infektionskrankheiten, bei denen als der ursächliche Erreger in Gestalt des Bazillus von Unna, Ducrey, Krefling als einwandsfrei nachgewiesen betrachtet werden kann. Es ist dadurch der frühere Standpunkt der Wiener Schule, den auch Finger vertrat, nicht mehr haltbar geworden, nämlich daß jeder Eiter unter günstigen Bedingungen einen weichen Schanker erzeugen könne. Die diagnostische Bedeutung dieses Bazillus kann ich indes nicht für besonders groß ansehen, da die Gestalt desselben keine ganz einheitliche ist, da an den Orten, wo der weiche Schanker vorkommt, auch andere ähnliche Saprophyten fast immer vorkommen, und da auch das unzweifelhafte Vorhandensein des Bazillus in einem Geschwür die Diagnose harten Schanker nicht ausschließt; denn es kommen ja oft genug beide Gifte neben einander vor.

Die Infektiosität des weichen Schankers ist eine sehr große. Während es häufig vorkommt, daß jemand trotz Cohabitation mit einer manifest Luetischen oder Gonorrhoischen frei ausgeht, scheint mir dies bei Ulcus molle viel seltener vorzukommen. Es spricht sich dies auch aus in dem Umstand, daß das Ulcus molle meist in kleinen Epidemien beobachtet wird, d. h. man sieht oft längere Zeit wenig oder gar keine Ulcera mollia, während sie von einem gewissen Zeitpunkte ab in auffallender Weise gehäuft auftreten.

Immerhin kommt auch beim Ulcus molle der Fall vor, daß jemand dasselbe bei einer Prostituierten erwirbt, die nicht selbst damit behaftet ist, also nur durch ihre Vermittlung von einem Vorgänger. Für Syphilis, besonders aber für Gonorrhoe, betrachte ich dies nach meinen polizeiärztlichen Erfahrungen als ganz sicher, hielt es aber lange Zeit bei dem weichen Schanker für ausgeschlossen. Nun habe ich aber auch öfter, wenn Ulcus molle-Infektionen mit Gewißheit auf bestimmte Inskribierte bezogen wurden, bei den letzteren auch bei genauester Untersuchung nicht das geringste Verdächtige finden können. Ein Spezialkollege gab mir bei einer solchen Gelegenheit, die mehrere Fälle betraf, die Erklärung an die Hand. Es gestand ihm nämlich ein mit Ulcus molle behafteter Patient, daß er trotz seines Schankers noch mit mehreren Inskribierten verkehrt hatte. Und diese hatten dann, wie ich annehme, ohne selbst infiziert zu werden, die Ansteckung an andere weitergegeben.

Das Ulcus molle scheint, nach den Berichten aus anderen Städten zu schließen, in Stuttgart verhältnismäßig häufig zu sein. Und wir haben im Katharinenhospital immer reichlich Gelegenheit, uns Erfahrungen darüber zu sammeln.

Von den diagnostischen Eigentümlichkeiten des Ulcus molle ist hervorzuheben, daß ihm eine Inkubation nahezu fehlt. Es entsteht fast immer ganz kurze Zeit nach dem infizierenden Coitus. Natürlich kann dieser Umstand leicht dadurch verschleiert werden, daß ein indolenter Patient das Geschwür erst mehrere Tage später bemerkt, besonders wenn dasselbe in einer Falte des Präputiums sitzt, wo es geringe Beschwerden machen kann. Meist ist aber das weiche Schankergeschwür sehr schmerzhaft, besonders für eine Berührung mit der Sonde. Ebensowichtig wie die Schmerzhaftigkeit des Ulcus molle, ist seine Überimpfbarkeit auf den Träger selbst. Man braucht dies nicht, was man ja wohl in besonderen Fällen tut, experimentell zu machen; diese Überimpfbarkeit auf den Inhaber äußert sich schon darin, daß das Ulcus molle meist multipel auftritt, und daß man während des Verlaufes in der Nachbarschaft noch frische Ulcera hinzukommen sieht. Diese Ueberimpfbarkeit ist auch bei anscheinend schon völlig gereinigten Geschwüren vorhanden. Fehlende Incubation, Multiplizität, Überimpfbarkeit, auffallende Schmerzhaftigkeit des Geschwürgrundes, lassen das Ulcus molle meist leicht von anderen Ulcerationsprozessen unterscheiden, so besonders vom syphilitischen Primäraffekt, der übrigens auch in

nicht zu seltenen Fällen mehrfach auftritt. Die gutartigen Ulcera des Herpes progenitalis bilden eine Gruppe, zu der aber keine weiteren Effloreszenzen hinzukommen.

Am weichen Schankergeschwür selbst ist ferner noch der fein gekörnelte grau-gelb belegte Grund, der zernagte, fast immer etwas unterminierte Rand sehr charakteristisch.

Zeigt das Ulcus mehr Neigung zu Ausbreitung in die Tiefe als in die Fläche, so entsteht der Hohlschanker auch Follicularschanker genannt. Der Vorstoß ins submuköse oder subkutane Gewebe erfolgt ebenfalls nicht gleichmäßig in einer Kugelfläche, sondern, wie ein Blick auf den mikroskopischen Durchschnitt lehrt, in Gestalt langer spitz-strahliger Ausläufer, in die sich die Ulcus molle-Bazillen in langen Zügen hineinziehen. Während der Zugang von Außen klein bleibt, bilden sich dann längere Minengänge (Ulcus molle suffodens), die der Heilung meist recht schwer zugänglich sind. Dieselben verraten sich auf der Haut durch eine geringe ödematöse rote Schwellung.

Bedeckt sich der enge Geschwürseingang mit einem festhaftenden Schorfe, so kann ein merkwürdiger Gleichgewichtszustand eintreten, d. h. die entzündliche Reaktion schwindet zum Teil, und der Patient, sowie der Arzt, der das nicht kennt, denkt an Heilung. Aber das Ulcus kann wochenlang in einem solchen Zustand beharren, ohne zu heilen und ohne sich nennenswert auszubreiten. Irgend eine Reizung von Außen führt dann wieder zu lebhafterer Tätigkeit, bei der dann auch meist neue Infektionen in die Umgebung erfolgen. Mit solchen Miniergeschwüren ziehen die Kranken manchmal monatelang herum.

Eine ähnliche Rolle spielen diejenigen Schankergeschwüre, die sich in der Tiefe einer Falte des Präputiums oder besonders der Analgegend festsetzen. Sie können bei flüchtiger Besichtigung, da sie sich durch keinerlei entzündende Reaktion verraten, sehr leicht der Aufmerksamkeit entgehen, so daß man über ihre Ausdehnung erstaunt ist, wenn man die betr. Falten auseinanderzieht.

Es scheint dem Ulcus molle-Gift überhaupt das Bestreben innezuwohnen, sich dem Kontakt mit der Außenwelt zu entziehen, so daß es sich manchmal an gewissen Hautstellen wie z. B. am Perineum selbst solche Spalten schafft. Diese nehmen die Form von Klappgeschwüren an, deren gleichgroße Flächen genau wie die beiden Cotyledonen einer Bohne aufeinanderpassen. Alle diese Formen haben das Gemeinsame, daß sie nach beiden Seiten sowohl der der

Ausbreitung als der der Heilung während langer Zeit fast vollständigen Stillstand zeigen können. Gangränescenz tritt beim einfachen Ulcus molle seltener hinzu als beim Primäraffekt oder Ulcus mixtum, wo sie durch die Induration der Umgebung und des Grundes begünstigt wird.

Entfernt von der Genitalgegend sind Ulcera mollia recht selten, doch sahen wir vor kurzem einen typischen weichen Schanker an einer Fingerbeere.

Die Behandlung der Ulcera mollia bietet außerordentlich ungleiche Schwierigkeiten. Gewiß wird man eine große Anzahl derselben nach den jedem Arzte geläufigen Grundsätzen der antiseptischen Pulverbehandlung heilen können und es wird für diese Fälle fast gleichgültig sein, welchem der vielen Jodoform-Ersatzmittel man den Vorzug geben will. Man wird aber immer auch an Fälle kommen, die der Heilung große Schwierigkeiten entgegensetzen und bei denen man dann alle Hilfsmittel der Reihe nach erschöpft.

Die allgemeinen Grundbedingungen für die Behandlung einer infizierten Wunde: Ruhigstellung, Trockenlegen, Druck — gelten auch für das Ulcus molle, nur sind sie an den in Betracht kommenden Lokalitäten oft recht schwer zu erreichen.

Am Penis wirkt meistens ein fester Verband, der aber nicht durch Schnürung Stauungen in dem entzündeten Gebiet hervorrufen darf, und Hochlagerung in einem Elevationssuspensorium oder einer Badehose sehr günstig. Die peinliche Entfernung der macerierenden Sekrete des Präputialsackes oder der Vulva, das sorgfältige Abtrocknen des benetzenden Urines müssen dem Patienten, dem es häufig nicht einmal selbstverständlich erscheint, den Verband nach dem Urinieren zu erneuern, zur Pflicht gemacht werden.

Sehr unterstützt wird die Behandlung des Ulcus molle durch Hitzeapplikation in den verschiedensten Formen. Wir lassen heiße Lokalbäder mit Kal. permang. nehmen, sagen aber dem Kranken, daß die Hitze und nicht das gelöste Mittel das Wirksame dabei ist und daß er sich etwas zumuten muß, wenn er Erfolg sehen will. Auch sind im Bad die Geschwüre gut auseinanderzuziehen und der sich auf denselben bildende Belag immer wieder abzuwischen.

Bei größeren hartnäckigen Schankern z. B. der Analgegend, besonders auch bei schankrösen Bubonen haben wir sehr gute Erfolge von Bestrahlungen mit einer Focuslampe gesehen (von Fabrikant Fischbach Wiesbaden) die aus einer starken Glühlampe mit Reflektor

Digitized by Google

besteht, welche das Licht gut konzentriert. Sie wirkt besonders auch sehr gut austrocknend. Sehr bequem und wirksam läßt sich die Hitzebestrahlung auch mit einem Thermokauter, z. B. dem Paquelin'schen nach Audry, ausführen, indem man denselben auf 3—4 mm Entfernung dem Geschwüre nähert. Die Berührung des Geschwüres und Schorfbildung sollen vermieden werden.

Was die zum Verband nötigen Wundpulver anlangt, so wende ich in der Privatpraxis, da wo ich Jodoform vermeiden will, das mir durch keines seiner Ersatzmittel entbehrlich geworden ist, Thioform an. Sehr zweckmäßig ist es, das Jodoform in ätherischer Lösung vermittelst einer dünnen zugespitzten Glasröhre zu applizieren, wobei das Auseinanderziehen der Geschwürsränder besonders wichtig ist. Bekannt ist die große Empfindlichkeit mancher Personen gegen Jodoform. Sie verrät sich zunächst meist durch eine oft ganz profuse seröse Absonderung mit Rötung und Schwellung der ganzen Umgebung und zwingt zu sofortigem Weglassen des Mittels.

Um das Gift des Schankers zu zerstören und denselben aus einem Spaltengeschwür in eine breite offene Wunde zu verwandeln, können Ätzungen häufig nicht entbehrt werden.

Nur soll man den allgemeinen Grundsatz, zu eingreifenden Kunsthilfen erst dann überzugehen, wenn man mit einfachen keine Aussichten hat, auch hier immer berücksichtigen. Man muß im Auge haben, daß wir neben der nützlichen Zerstörung des Virus auch ein schädliches Moment mit in den Kauf nehmen müssen, nämlich die entzündliche Reaktion, die der Ausbreitung etwa nicht zerstörten Giftes sehr förderlich ist. Das Letztere ist aber sehr leicht möglich in den feinen Ausläufern der engen Spalten und Unterminierungen, die dem Ulcus molle eigen sind. Hat man ein Ulcus molle einmal geätzt, so muß man es viel schärfer beaufsichtigen und an den Stellen, wo es noch weitergreift, sofort mit erneuter Ätzung bei der Hand sein. Ist man nicht auf dem Posten, so kann man unangenehme Überraschungen und rapide Vergrößerungen des Geschwüres erleben. Es kann bei der Ätzbehandlung geradezu vorkommen, daß das Virus gewissermaßen vor dem Ätzmittel her- und auch in die Lymphwege hineintreibt, denn gerade nach Ätzungen kommen häufig Leistendrüsenentzündungen zum Ausbruch.

Ich habe vielerlei Ätzmittel versucht, bin aber immer wieder auf das von Neißer empfohlene Acid. carbolic. liquef. zurückgekommen, dem der große Vorteil zukommt, die Gewebe nicht in überflüssiger

Weise zu zerstören, und keine nennenswerte entzündliche Reaktion hervorzurufen. Wie auch sonst bei der Applikation flüssiger Ätzmittel benutzen wir seit einiger Zeit als sehr handliches Instrument eine konische, mit spiraligen Rillen versehene Glasschreibfeder,[1]) die wie beim Schreiben die Flüssigkeit mehr allmählich abgibt. Zu gleicher Zeit mit dem Einführen des Ätzmittels tamponieren wir die Geschwürshöhle ausgiebig mit Watte, welche dabei mit Carbolsäure getränkt wird. Es wird so zu gleicher Zeit Ausbreitung des Geschwürsgrundes und örtlicher Druck, der der entzündlichen Reaktion entgegenwirkt, erzielt. Bei Sitz des Ulcus auf der äußeren Haut läßt sich dann mit großem Vorteil das Ulcus durch etwas Watte und Collodium vollständig abschließen. Doch darf dieser Verband nicht länger als einen Tag belassen werden. Er gewährt sehr guten Schutz gegen Reibung und Maceration. Die Glasfeder bietet auch den großen Vorteil, daß sich mit ihrer Spitze gut die feinen Ausläufer und Spalten, die sich durch besonders große Empfindlichkeit verraten, austasten und der Ätzung zuführen lassen. Intoxikationen, wie man sie bei Umschlägen mit schwachen z. B. 3% Carbollösungen beobachtet, kommen bei der Verwendung von Acid. carbolic. liquef. selbst dann nicht vor, wenn man, wie wir dies oft tun, auch große Wundhöhlen z. B. schankröse Bubonen mit der Pipette vollständig damit füllt.

Bei Sitz des Ulcus am Frenulum tritt sehr rasch Perforation ein und man tut dann gut, das Bändchen zu spalten, denn die Erhaltung desselben gelingt nur sehr selten. Besondere Beachtung hat man dann den beiden Stümpfen des Frenulums zu schenken, in denen sich sehr gern feine Minengeschwüre festsetzen.

Ein im Orificium urethrae sitzender Schanker setzt oft der Heilung Schwierigkeiten entgegen, die sich durch Einlegen kleiner Jodoformgaze-Tampons überwinden lassen.

Bei phimotischem Praeputium muß man eine Zeit lang antiseptische und reinigende Ausspülungen machen, bis die entzündliche Anschwellung etwas zurückgegangen ist. Dann führt sachgemäße, d. h. langsame, das Praeputium längere Zeit in Spannung erhaltende Retraktion in den meisten Fällen zur Erweiterung des Praeputiums und macht die Phimosenoperation unnötig. Geht es nicht ohne diese, so legen wir je einen Einschnitt seitlich an, wodurch die natür-

---

[1]) Zu haben in Berlin W. bei A. W. Faber, Friedrichstr. 79; in Stuttgart bei C. F. Autenrieth, Königstr. 19 B.

liche Form des Praeputiums besser erhalten wird als durch dorsale Incision.

Auffallend ist, daß diese Schnittwunden trotz der benachbarten Ulcera mollia gewöhnlich nicht schankrös werden, sondern rasch heilen; dagegen ist dies meist der Fall, wenn man Nähte einlegt, die offenbar die dem Ulcus molle-Bacillus erwünschten Spalten und Schlupfwinkel liefern.

Was die das Ulcus molle so häufig begleitenden Lymphdrüsenentzündungen und -Vereiterungen betrifft, so will ich hier in der Hauptsache nur einige praktisch wichtige Punkte hervorheben. Nach den Untersuchungen von Buschke ist die Adenitis bei Ulcus molle in fast allen Fällen auf den Ulcus-molle-Bazillus selbst zurückzuführen und beruht also nicht auf Mischinfektion. Bei Gonorrhoe und beim Primäraffekt kommt es wohl auch gelegentlich zu Lymphdrüsenvereiterung, aber ungleich seltener als beim weichen Schanker. Verlauf, Prognose und Therapie der Bubonen sind davon abhängig, ob nur eine oder mehrere Drüsen, besonders ob nur die oberflächlichen oder auch tiefliegende Drüsen ergriffen sind und vor Allem auch von der Konstitution des Patienten.

Bei der außerordentlichen Verschiedenheit des Verlaufes der Leistenbubonen kann es sich deshalb auch nicht um eine einheitliche Behandlung handeln. Dieselbe wird in vielen Fällen auf besondere Umstände Rücksicht nehmen müssen. Zwei Fälle möchte ich aber als ganz außergewöhnlich erwähnen.

Im ersten Falle fand ich, als ich sondierte, um den Ursachen der zögernden Heilung auf die Spur zu kommen, mit der Sonde auf einmal gar keinen Widerstand mehr: ich hätte die ganze Sonde in die Bauchhöhle schieben können: Der Schenkelkanal war eröffnet, ohne daß sich aber die Entzündung auf das Peritoneum fortsetzte. Nur brauchte der Bubo sehr lange zur Heilung und heilte mit einer ganz tief eingezogenen trichterförmigen Narbe, die bei den Aerzten, bei denen sich der Patient später vorstellte, grosses Erstaunen hervorrief.

Im zweiten Falle hatte schon das veranlassende Ulcus molle besondere Eigenschaften geboten. Dasselbe war sehr zerklüftet und minierend, zeigte aber gar keine Tendenz zur Ausgleichung der Unebenheiten durch Granulationsbildung, sondern als das Geschwür gereinigt war, kletterte das Epithel über alle Zacken und Kanten des Geschwüres weg, so daß nach der Überhäutung fast die Form des

Geschwüres noch erhalten war; und ganz in derselben Weise heilte auch der ebenfalls recht zerklüftete und zerfressene Bubo.

Auch darauf möchte ich hinweisen, daß in selteneren Fällen der Bubo aus einem kleinen zentralen Eiterherd bestehen kann mit sehr starker harter Schwellung der übrigen Drüse. Derartige Bubonen kommen dann erst nach vielen Wochen, selbst nach einigen Monaten zum Durchbruch und geben dann irrtümlich zur Diagnose indolenter Bubo, also Syphilis Veranlassung.

Eigentliche Abortivmethoden, wie z. B. Injektion von besonderen desinfizierenden Flüssigkeiten i. d. Bubo wenden wir nicht an, da wir fanden, daß das, was man auf der einen Seite durch Abkürzung des Verlaufes gewinnt, durch den übermäßig langen Verlauf der Fälle ausgeglichen wird, bei denen die Coupierung nicht gelungen ist. Die Exstirpation sämtlicher Inguinaldrüsen sollte nur in ganz besonderen Fällen vorgenommen werden, denn die dadurch hervorgerufene Störung in der Lymphzirkulation der Genitalien kann zu elephantiastischen Zuständen führen, die ihrerseits zu schwer heilbaren Geschwürsbildungen und zu erschwertem Verlaufe etwa später auftretender Wunden und Entzündungen Veranlassung geben können.

Unsere Hauptbehandlung bei noch geschlossenen Bubonen besteht im Auflegen sehr heißer Kataplasmen, die aber, wie ich hier gleich hervorheben will, auch wirklich richtig appliziert werden müssen. Darunter verstehe ich, daß der Patient sich soviel zumutet, daß eine Verbrennung der Haut in Umgebung des Bubo im niedersten Grade erzielt wird, d. h. es muß eine Parese der oberflächlichen Blutgefäße eintreten, die zu dauernder Rötung der Haut und meist im weiteren Verlauf infolge extravasirten Blutfarbstoffes zu tiefbrauner Pigmentierung führt. Wenn diese livide marmorierte Rötung der Haut auftritt, erfolgt dann oft ganz plötzlicher Rückgang der entzündlichen Spannung und Schmerzhaftigkeit, ja oft ganz unerwartet noch in den Fällen Resorption des Eiters, in denen schon ausgiebige Fluktuation mit Rötung und Verdünnung der Haut auf der Höhe des Bubo vorhanden war, so daß man dann mit dem Finger eine tiefe Delle in der schlaff gewordenen Geschwulst nachweisen kann. Gelingt es nicht die Rückbildung des Bubo zu erzwingen, so wird doch der spätere Verlauf durch diese Form der Kataplasmen günstig beeinflußt, wenn ich auch zugeben muß, daß, falls die Kataplasmen nicht mit der nötigen Energie vorgenommen worden sind, eine Verschleppung des Verlaufes eintreten kann. Immerhin sehen wir jetzt kaum mehr

jene abscheulichen strumösen Bubonen, bei denen sich zwischen großen runden Drüsenknoten die Eiterung immer weiter in die Tiefe wühlte, so daß man fast bei jedem Verbande neue Spaltungen vornehmen mußte, welche Zustände gewiß die Totalexstirpation der Inguinaldrüsen berechtigt erscheinen ließen. In leichteren Fällen wenden wir auch Spiritusumschläge an, die ambulant gemacht werden können. Erscheint Incision zur Abkürzung des Verlaufes geboten, so genügt manchmal noch die Anlegung einer kleinen Öffnung. Ich lege dann Wert darauf, daß man den Eiter allmählich ausfließen läßt, damit die Kapselgewebe Zeit haben, sich zu kontrahieren und so die Bildung von Spalten und Winkeln verhütet wird.

Dauert aber eine seröse Eiterung aus der Fistel fort, so schiebe man die ausgiebige Spaltung mit Jodoformtamponade etc. nicht zu lange hinaus.

Schankrös gewordene Bubonen werden von uns, wie schon erwähnt, in letzter Zeit erfolgreich mit strahlender Hitze vermittelst der Focuslampe behandelt.

In zahlreichen Fällen haben wir auch die Carbol-Wattetamponade mit Watte-Collodium-Verband sogar als ambulante Behandlung angewendet.

Ueber Phlebitis gonorrhoica.

Von Sanitätsrat Dr. **Palm**, Spezialarzt für Haut- und Harnkrankheiten in **Berlin.**

Außer den Erkrankungen, die durch direkte Übertragung des Secretes der urethritis blennorrhagica entstehen, wie der conjunctivitis gonorrhoica, vielleicht auch dem Tripper der Mund- und Nasenhöhle und der des Mastdarms, zeigen sich bei der Gonorrhoe an von der Ursprungsquelle entfernteren Partien des Körpers so viele auf sie zurückzuführende Affektionen, daß man von einer Allgemeininfektion gesprochen hat. Am häufigsten beobachtet man die Arthritis gonorrhoica; allein für den praktischen Arzt, dem die Fälle wohl seltener vorkommen, erwähne ich noch, daß Entzündungen der Schleimbeutel, der Sehnen und deren Scheiden, des Periostes und der Knochen, der Nerven und der Nervenzentren, daß Pleuritis, Peri- und Endocarditis, Iritis, Muskelatrophie, Purpura, Urticaria, Erythema multiforme, Abscеße und trophische Störungen der Nägel eintreten können. Von seiten des

Gefäßsystems ist Lymphangitis und als seltenere Komplikation Phlebitis beobachtet worden. Da ich über einen solchen Fall verfüge, so erlaube ich mir ihn zu veröffentlichen und einige Bemerkungen daran zu knüpfen.

Der 56jährige Patient, Tierarzt, von ungemein kräftiger Konstitution, der nie krank gewesen ist, vor allen Dingen nicht an Rheumatismus, Gicht, Syphilis gelitten hat, auch nicht mit varicen behaftet ist, Alkoholiker mäßigen Grades, infizierte sich am 3. Februar 1903; nach einer Incubationsdauer von 6 Tagen traten die ersten Erscheinungen der Gonorrhoe ein, gegen die Patient selbständig vorgehen wollte. Er injizierte eine sehr starke Ichtharganlösung und zwar eine 1 proz.; eine heftige entzündliche Schwellung des penis war die Folge; es stellte sich eine urethrocystitis und prostatitis ein; am 3. April bildete sich eine epididymitis sinistra aus, die Patienten ans Bett fesselte. Am 12. April, als die Epididymitis schon im Rückgange begriffen war, trat plötzlich hochgradige Dyspnoe mit Angstgefühl und Herzpalpitationen ein, Ausbruch kalten Schweißes und Ohnmachtsanfall. Bei der Untersuchung fanden sich alle Zeichen der akuten Endocarditis, die durch geeignete Behandlung allmählich zurückging, jedoch eine Mitralinsufficienz zurückgelassen hat. Am 5. Mai verspürte Patient einen heftigen Schmerz in der linken Wade; der linke Unterschenkel schwoll an; jede Bewegung des Beines steigerte den Schmerz; leichtes Fieber, das nie 38,8° überstieg, stellte sich ein, dabei war das Allgemeinbefinden ein sehr schlechtes. Der Verdacht auf eine eingetretene Phlebitis war naheliegend; es wurde deswegen, da auch Druck sehr schmerzhaft war, von einer genaueren Untersuchung abgesehen. Erst als nach 8 wöchentlichem Krankenlager der Unterschenkel dünner geworden war, konnte man einen Strang zwischen den Köpfen des gastrocnemius fühlen, der der vena saphena minor entsprach. Jedenfalls waren aber auch noch andere Venen thrombosiert, da während des Krankenlagers zu wiederholten Malen neue Schmerzen und Anschwellungen auftraten. Die Affektion blieb auf den linken Unterschenkel beschränkt, ging nicht auf den Oberschenkel über. Erwähnen möchte ich noch, daß sich Zeichen einer Arthritis nie zeigten. Eine Anschwellung des Unterschenkels ist bis heute zurückgeblieben, die besonders Abends nach den Anstrengungen des Tages sich steigert.

Während des ganzen Zeitraums der Behandlung waren Gonococcen im Secret der urethra nachzuweisen. Dies in Kürze die Beobachtung.

Wenn ich von einer Phlebitis gonorrhoica spreche, so verstehe ich darunter nicht diejenige eines Teiles, der mit der urethra in anatomischem Zusammenhange steht, also nicht die sich an die Entzündung der corpora cavernosa anschließenden partiellen oder totalen Thrombosen derselben mit consecutiver Schwielenbildung oder Gangrän, in denen Batut in seinem Falle Gonococcen nachgewiesen hat, auch nicht die Phlebitis funiculi spermatici, sondern die von der Ursprungsstelle entferntere metastatische Entzündung von Venen. Ich will hier nicht auf die Controverse eingehen, ob es sich nun um eine direkt durch die Gonococcen hervorgerufene Entzündung handelt oder um die Wirkung der Toxine, oder ob eine Mischinfektion mit Streptococcen die Veranlassung ist, indeß will ich daran erinnern, daß Panicke Gonococcen im Blute und daß Wertheim solche in den Gefäßwänden nachgewiesen hat. Es läßt sich nun meiner Meinung nach der Ätiologie der bei der Gonorrhoe auftretenden Phlebitiden noch eine andere Deutung unterlegen.

Sehen wir die betreffende Literatur durch, so bemerken wir, daß bisher nur wenige Fälle von Phlebitis gonorrhoica beobachtet worden sind, hauptsächlich von französischen Autoren. Während der Ausführung dieser Arbeit sprach Heller in der Berliner dermatologischen Gesellschaft über einen von ihm beobachteten Fall. Soweit mir die Veröffentlichung der einschlägigen Fälle zugängig war, handelt es sich stets um eine an den unteren Extremitäten auftretende Phlebitis; sie trat ferner stets nur bei schweren komplizierten Formen der Gonorrhoe auf, Formen, die das Allgemeinbefinden des Patienten durch Fieber etc. in ungünstigster Weise herabsetzten, sodaß ich nicht umhin kann, die Meinung auszusprechen, daß es sich um Thrombosen handele, wie sie auch sonst bei geschwächter Herztätigkeit vielfach beobachtet werden, z. B. nach schwerer Influenza, Pneumonie, Typhus und sonstigen hoch fieberhaften Krankheiten; auch bei Gichtherz: also um eine marantische Thrombose. Dadurch erklärt sich auch die Beobachtung der Phlebitis an den dem Herzen entferntest liegenden oberflächlichen Hautvenen: in fast allen beobachteten Fällen kam die vena saphena minor in Betracht in ihrem Verlaufe am Unterschenkel, also da, wo die Stromgeschwindigkeit des Blutes an und für sich eine geringere ist. Man kann sich dabei allerdings vorstellen, daß dieser, ich möchte sagen, locus minoris resistentiae der Einwirkung des Gonococcus oder dessen Toxine besonders ausgesetzt ist; es wurde ja auch schon vor der Neißer'schen Entdeckung die Ent-

stehung mancher Thrombosen, besonders bei marantischen Individuen auf eine Fermentintoxication zurückgeführt.

In den meisten bisher beobachteten Fällen blieb die Phlebitis auf die untere Extremität beschränkt; es kann aber auch vorkommen, daß sie wie bei der Phlebitis aus anderen Ursachen weitergeht, also auf den Oberschenkel übergreift, auch von der einen auf die andere Extremität überspringt. Die ergriffene Vene fühlt sich hart an und gleicht einer normalen Vene, in der man durch Fingerdruck die Zirkulation für den Augenblick unterbrochen hat, das Blut sich nun peripher staut. Steigert sich der entzündliche Prozeß, so rötet sich über der Vene die Haut und man sieht entsprechend dem Laufe der Vene einen roten Strang sich hinziehen. Sie ist bei jeder Bewegung des betreffenden Gliedes schmerzhaft, besonders aber auf Druck. Dazu gesellt sich jenseits der erkrankten Stelle ein mehr weniger stark ausgesprochenes Oedem. Fieber ist meist nur in mäßigem Grade vorhanden, übersteigt selten 38,8°, jedoch ist das Allgemeinbefinden ein recht deprimiertes. Der Prozeß dauert verschieden lange Zeit, oft stellt sich die Zirkulation binnen einigen Wochen her, oft hält die Störung Monate und Jahre an, es hängt dies von der Art der Organisation der Thrombose ab. In schlimmen Fällen kann durch Embolie exitus letalis erfolgen.

Bei der Behandlung der Phlebitis ist das Haupterfordernis absolute Ruhe, da jede Bewegung eine Steigerung des entzündlichen Prozesses bedingt, auch zu Embolien Veranlassung gibt. Die Extremität wird, um den Rückfluss des Blutes zu erleichtern, in erhöhte Lage gebracht; es werden lauwarme Umschläge in Form von Wattekompressen, die mit Billroth- oder Mosetigbattist bedeckt werden und die Tag und Nacht alle 4 Stunden zu erneuern sind, in Anwendung gezogen. Jede Einreibung von Salben oder Anwendung von Pflaster halte ich für ungeeignet, da leicht eine Hautentzündung eintritt, die die so wichtigen Umschläge kontraindizieren würde. Ferner ist Rücksicht zu nehmen auf das Allgemeinbefinden: Kräftigung der Herzaktion, leicht verdauliche Nahrung, Sorge für Stuhlgang ist unbedingt erforderlich; daneben muß stets die Gonorrhoe mit geeigneten Mitteln behandelt werden.

Litteratur der bisher beobachteten Fälle.

Martel, Thèse de Paris 1887.
Stratipopoulo, Thèse de Montpellier 1888.

Digitized by Google

Gonget, Presse mèdic. 7. Dezember 1895.
d'Acheux, Thèse de Paris 1898.
Lop & Monteux, Revue générale du path. int. 1898 u. Annales de dermatol. 1898, Nr. 8 u. 9.
Batus, Gazette hebd. 1900. Nr. 54.
Heller, Vortrag in der Berliner dermatol. Ges. Jan. 1904.

Ueber einen Fall von Algolagnie (Schmerzgeilheit) im Kindesalter.

Von Dr. med. **Wilhelm Hammer,** approbiertem Arzte zu **Berlin.**

Ein Volksschullehrer teilte mir folgendes mit:

Aufklärung über die geschlechtlichen Verhältnisse des Menschen erhielt er mit 12 Jahren durch einen Kameraden.

Mit 15 Jahren hatte er, ohne geschlechtlich erregt zu werden und ohne zu träumen, im Schlafe Entleerungen einer Flüssigkeit, die weiß, schleimig war. An Blasenstörungen litt er nie in seinem Leben, sodaß die Flüssigkeit Samen gewesen sein dürfte.

Mit 18 Jahren hatte er ähnliche Entleerungen, die aber jetzt mit wollüstigen Träumen verbunden waren. Die Träume betrafen das weibliche Geschlecht.

Durch diese Träume lernte er das Wollustgefühl kennen und nun erinnerte er sich, schon früher, aber bei ganz anderer Gelegenheit, das gleiche Wollustgefühl empfunden zu haben.

Als **achtjähriger** Knabe wurde er jedesmal stark geschlechtlich erregt, wenn ein anderer Knabe auf das Gesäß geschlagen wurde. Eine bestimmte Szene hat er sich auch wieder vergegenwärtigt, immer mit dem gleichen Wollustgefühle. Noch heute im Alter von 30 Jahren kennt er die Züchtigungsszene. Ein 22jähriger, kräftiger Lehrer schlug einen Knaben, dessen festangezogene dünne Hosen dem Patienten noch jetzt in Erinnerung sind.

In den nun folgenden Jahren (vom 8. bis 14.) malte sich der Knabe Züchtigungsszenen in Gedanken oder ließ sie sich von seinen Brüdern beschreiben, jedes Mal die gleiche Wollust empfindend. Auch stellte er sich in Gedanken vor, welche Wonne es sein müsse, einmal in gleicher Weise von demselben Lehrer **geschlagen zu werden.**

Indianerfolterungen und Geschichten von Spießrutenlaufen der Soldaten las er wiederholt, immer mit dem gleichen Wollustgefühle.

Digitized by Google

Obgleich er sowohl, wie seine Geschwister (Brüder wie Schwestern) vom Vater häufig auf das Gesäß geschlagen wurden, empfand er bei diesen Züchtigungen in seiner Familie nur Angst, keine Wollust. Anders verhielt sich die Sache beim Spiele mit seinen Brüdern. Da knöpfte er die Hosen ab und schlug und empfand die größte Aufregung, wenn sich das Gesäß rötete.

Nackte Mädchen sah er öfters, doch ohne durch sie in dieser Lebensperiode gereizt zu werden.

Vom 15. Lebensjahre an schwanden die perversen Gefühle allmählich.

Als er vom 18. Jahre an wollüstige Träume hatte, stellte er sich in diesen Träumen stets nur Frauen vor, niemals Züchtigungsszenen.

Vom 20. Jahre hatte er von Zeit zu Zeit geschlechtlichen Verkehr, immer mit leichtem Erfolge, nie mit sadistischen oder masochistischen Phantasieen.

Ebenso waren die onanistischen Auslösungen, die er aus Mangel an Frauenverkehr vornahm, nicht mit krankhaften Vorstellungen gemischt.

Zuweilen hatte er noch Erektionen beim Züchtigen eines Knabens. Doch überwand er sie bald durch festen Willen.

Mit ca. 24 Jahren wollte er in unsere afrikanischen Kolonieen als Lehrer gehen. Er war auch tropendienstfähig, jedoch scheiterte die Sache aus pekuniären Gründen.

Mit 25 Jahren gab er die Selbstbefriedigung auf und hatte nun alle 2 bis 3 Tage Pollutionen.

Seit seiner Verheiratung verkehrt er fast jede Nacht, zuweilen nächtlich zweimal, stets ohne alle perversen Regungen.

Er ist jetzt 30 Jahre alt, 2 Jahre verheiratet, völlig gesund, Vater eines gesunden Kindes.

Sein Vater ist jähzornig, sonst gesund, lebt jetzt noch als Gastwirt.

Seine Mutter lebt, ist gesund.

Seine Brüder sind alle gesund.

Zwei Schwestern sind jedoch nervös. Die Nervosität führen sie auf die harten Züchtigungen des Vaters zurück.

Zur Beurteilung des Falles sind folgende Punkte wichtig:

1. die Jugend des Patienten; mit 8 Jahren hatte er schon algolagnistische Vorstellungen. Patient erinnert sich bestimmt eines Falles von Schmerzgeilheit im 8. Lebensjahre

Digitized by Google

2. die besondere Art der Vorstellungen. Bald sadistisch, bald ideell masochistisch. Die sadistische Vorstellung wird in Handlungen (Schlagen des Bruders) umgesetzt. Die masochistische Vorstellung bleibt rein ideell. Niemals erinnert er sich, als er wirklich geschlagen wurde, Freude empfunden zu haben. Masochistisch schwelgte er nur in der Phantasie.
3. das Verschwinden der Vorstellungen mit Aufnahme eines geregelten Geschlechtsverkehrs. Pollutionen und Onanie, sowie gelegentliche Befriedigung schwächten die algolagnistischen Vorstellungen. Regelmäßige Befriedigung brachte sie ganz zum Schwinden.

Als letzte Ausläufer der Krankheit sind die Erektionen beim Züchtigen zu betrachten, die jetzt seit Jahren verschwunden sind.

Vielleicht wurde die Berufswahl noch von der krankhaften Neigung beeinflußt. Möglicherweise schlummerte im Unterbewußtsein die Vorstellung, daß er als Lehrer den Trieb befriedigen könne.

Ebenso ist es möglich, daß die Auspeitschung der Neger ihn seinerzeit mit bestimmte, wenn auch unbewußt, zur Meldung für unsere afrikanischen Kolonieen.

Ein Beitrag zur Bordellfrage in rechtlicher Beleuchtung.

Von Rechtsanwalt Dr. Schweizer-Stuttgart.

Im Rechtsleben aller Völker und aller Zeiten ist neben dem gesetzten Recht die wichtigste Rechtsquelle das Gewohnheitsrecht, das sich trotz aller Kodifikationen und trotz der bis ins minutiöseste Deta gehenden Einzelbestimmungen der modernen Gesetzbücher seinen Rang zu bewahren weiß. Eine Gesetzgebung, die die nie versiegende Quelle des Gewohnheitsrechts, die ihre Speisung erhält aus der schillernden Vielgestaltigkeit des täglichen Lebens, verstopfen wollte, wäre ein totgeborenes Unternehmen. Deshalb haben sich die deutschen Gesetzgeber auch wohlweislich gehütet, dem Gesetzesrecht ausdrücklich die Alleinherrschaft zuzusprechen, haben vielmehr dem Spiel der Kräfte freie Bahn gelassen. Herrschen soll diejenige Macht, die im Einzelfall tatsächlich die stärkere ist, sei es die äußere Macht des Gesetzgebers oder die innere und darum nicht weniger zwingende Macht des Ge-

wohnheitsrechts. Je mehr die Anschauungen und die Bedürfnisse der Volksgenossen im Gegensatz stehen zu den Bestimmungen des geltenden Rechts, um so größer wird die Gefahr sein, — wenn anders hier überhaupt von einer Gefahr gesprochen werden kann —, daß sich eine von der Exekutive nicht mehr einzudämmende Übung bildet oder aufrecht erhält, die mit den Satzungen des geschriebenen Rechts im Widerspruch steht. Nirgends zeigt sich die Wahrheit dieses Satzes deutlicher, als wenn der Gesetzgeber es unternimmt, den Verkehr der Geschlechter in einer den augenblicklichen sozialen Bedürfnissen widersprechenden Weise zu regeln. Der Geschlechtstrieb ist in der menschlichen Natur so tief eingewurzelt, er fordert so gebieterisch seine Rechte, daß er jeder unsachgemäßen Reglementierung spottet. Es sei nur an die Keuschheitsedikte der theresianischen Zeit erinnert, die den außerehelichen Geschlechtsverkehr bei Todesstrafe verboten. Die Folge dieser Edikte war keineswegs die erhoffte Förderung der Moral, wenn auch ein jeder, der den außerehelichen Beischlaf vollzog, sich eines Kapitalverbrechens schuldig machte. Wenn je ein Gesetz, so haben diese Edikte die Abschreckungstheorie zu Schanden gemacht; die gesetzlich verpönte Unzucht erfuhr keine Einschränkung, wohl aber erlitt der Gesetzgeber das Fiasko, daß er seine Strafandrohungen nicht zur Ausführung bringen konnte, wollte er nicht das seiner Rechtssprechung unterworfene Gebiet entvölkern. Die Zeiten solcher gesetzgeberischer Experimente liegen weit hinter uns, aber auch unsere Gesetzgebung wagt es noch immer nicht, auf geschlechtlichem Gebiet die Dinge zu nehmen, wie sie eben sind, sondern wenn irgendwo, so wird hier Vogelstrauß-Politik getrieben.

Die Art und Weise, wie in unserem Strafgesetzbuch die außereheliche Geschlechtsgemeinschaft in den § 180 ff und § 361 Ziffer 6 behandelt ist und die Art, wie diese Bestimmungen in der Praxis gehandhabt werden, beweisen die aufgestellten Behauptungen. Kein Sozialpolitiker, ja überhaupt kein Mensch, der mit offenen Augen das ihn umgebende Leben betrachtet, zweifelt heute noch, daß die Prostitution, wenn auch ein Übel, so doch das nötigste aller Übel ist und gerade ein solches Übel, dem mit den Strafgesetzbuchs-Paragraphen schlechterdings nicht auf den Leib gerückt werden kann.

Die wirtschaftlichen Verhältnisse haben sich im Laufe der Jahrzehnte bei uns in Deutschland, wie in der ganzen zivilisierten Welt überhaupt derart gestaltet, daß es einem großen Prozentsatz der männlichen Bevölkerung nicht möglich ist, vor beiläufig dem zurückgelegten

30. Lebensjahre, also lange nach der Erlangung der Geschlechtsreife an die Gründung eines eigenen Herds zu denken; ganz abgesehen von den Tausenden, die ihr ganzes Leben in freiwilligem oder errungenem Zölibat verbringen. Die Rückwirkung dieser Tatsache auf die Verheiratungsmöglichkeit der Frauen ergibt sich von selbst.

Die menschliche Natur kann diesen durch die wirtschaftlichen Faktoren bedingten Zuständen keine Rechnung tragen, wohl aber sollte man denken, daß der Gesetzgeber ein offenes Auge und ein warmes Herz den Bedürfnissen seiner Zeit entgegenbrächte.

Was sehen wir statt dessen?

Auf der einen Seite wird mit Gefängnis bis zu 5 Jahren bestraft, wer gewohnheitsmäßig oder aus Eigennutz durch seine Vermittlung oder durch Gewährung oder Verschaffung von Gelegenheit der Unzucht Vorschub leistet, denn so will es der Kuppeleiparagraph des Strafgesetzbuches. Es wird also gesetzlich jeder Ansatz zur Entwicklung des Bordellwesens verhindert; auf der anderen Seite ist trotzdem eine Reglementierung der Gewerbsunzucht im § 361 Ziffer 6 des Strafgesetzbuchs vorgesehen, wo mit Haft bedroht wird: Eine „Weibsperson" (diese Bezeichnung schmeckt noch stark nach der blutrünstigen Halsgerichtsordnung Karls V., der constitutio criminalis Carolina), welche wegen gewerbsmäßiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den in dieser Hinsicht zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Vorschriften zuwiderhandelt, oder welche, ohne einer solchen Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbsmäßig Unzucht treibt.

Ich rekapituliere:

Wer der Unzucht gewohnheitsmäßig oder aus Eigennutz Vorschub leistet, wird bestraft. Die „Weibspersonen", die sich zwecks Ausübung der gewerbsmäßigen Unzucht der polizeilichen Aufsicht unterstellen und den einschlägigen polizeilichen Vorschriften nachleben, sind privilegiert. Es soll also kraft des Gesetzes doch solche „Weibspersonen" geben, die unter den Augen der Polizeiorgane und gewissermaßen von diesen und der Bestimmung des § 361 Ziff. 6 St.-G.-B. patentiert die Unzucht ausüben. Aber wehe dem, der dem Gewerbe dieser „Weibspersonen" Vorschub leistet, er läuft Gefahr, sich in den Maschen des Kuppeleiparagraphen zu verfangen. Beim Nebeneinanderbestehen der beiden erwähnten Strafbestimmungen müßten die Lohndirnen, um niemand eine Bestrafung zuzuziehen, eigentlich im Himmel

wohnen und sich von Geistern bedienen lassen, die der irdischen Gerichtsbarkeit entrückt sind.

Ein Vermieter, der eine Wohnung an eine Prostituierte zum Zweck der Unzuchtsausübung in den Mietsräumen vermietet, ist ein Kuppler. (Entscheidungen des Reichsgerichts vom 27. April, 28. Mai, 20. Oktober 1880, 29. November 1888.) Erst recht ist natürlich ein Kuppler derjenige, der eine Wohnung an einen Bordellwirt zum Zweck der Haltung eines Bordells vermietet. (Entscheidung des Reichsgerichts vom 28. Februar 1880.)

Ein Vermieter, der die Wahrnehmung macht, daß in dem von ihm vermieteten Raum Unzucht getrieben wird und diesem Treiben nicht durch die zulässige Kündigung ein Ende macht, ist ein Kuppler. (Entscheidungen des Reichsgerichts vom 28. Februar und 28. Mai 1880 und vom 6. Oktober 1885.) Ein Dienstmann, der gegen die übliche Entlohnung, die er für einen Gang anzusprechen hat, einem Fremden das Haus einer Dirne zeigt, ist ein Kuppler; u. s. w. mit Grazie. Wollte man das Prinzip, das das Reichsgericht und zwar bei der Lage des Gesetzes mit Recht, dazu geführt hat, in dem Halten eines polizeilich konzessionierten Bordells strafbare Kuppelei zu erblicken (vergl. Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen Bd. 1 S. 88 und „Das deutsche Strafgesetzbuch und die polizeilich konzessionierten Bordells" 1877) bis in seine äußersten Konsequenzen durchführen, so käme man ungefähr zu folgendem hübschen Resultat:

Man müßte schließlich auch die Polizeiorgane, die dafür sorgen, daß die polizeilichen Vorschriften, die sich auf die Gewerbsunzucht beziehen, richtig gehandhabt werden, des weiteren den Polizeiarzt, der die vorgeschriebene Gesundheitsvisitation der Prostituierten vorzunehmen hat, der Kuppelei schuldig sprechen. Leisten sie doch durch ihre Tätigkeit insofern der Unzucht Vorschub, als manche Männer gerade um deswillen „Kontrollmädchen" aufsuchen, weil sie auf die Fürsorge der Polizei vertrauen und weil sie glauben, bei den der Polizei unterstehenden Lohndirnen nicht so sehr der Gefahr geschlechtlicher Erkrankung ausgesetzt zu sein.

Der gleiche Gegensatz zwischen den Gesetzesbuchstaben und der Übung und den Bedürfnissen des täglichen Lebens, der sich auf dem Gebiete des Strafrechts zeigt, tritt auch auf dem Gebiet des Zivilrechts hervor. Gewerbsmäßige Unzucht ist bei Einhaltung der für sie aufgestellten polizeilichen Vorschriften gestattet. Es ist also unter gewissen Kautelen erlaubt, sich der Unzucht als einer ständigen Er-

werbsquelle zu bedienen. Läßt sich aber eine „Dirne" für die Ausübung ihres „konzessionierten Gewerbes" einen Lohn zusichern, so hat sie auf dessen Ausbezahlung keinerlei Rechtsanspruch; denn das Versprechen des Lohnes ist ein Rechtsgeschäft, das, als gegen die guten Sitten verstoßend, nichtig ist. (B. G. B. § 138.)

Bordelle bestehen, dem § 180 des Strafgesetzbuchs zum Hohn, in allen Teilen Deutschlands, sie werden geduldet, ohne daß man ihre Existenz zugesteht und es hat erst in den jüngsten Tagen nicht geringes Aufsehen erregt, als im deutschen Reichstag der Bundesratsbevollmächtigte der freien Stadt Hamburg zum erstenmal offiziell sich zu dem Geständnis bequemte, daß es in Hamburg überhaupt Bordelle (also auch im polizei-technischen Sinne) gebe.

Bei dieser Sachlage sollte man annehmen, daß privatrechtlich keine besonderen Bestimmungen für Rechtsgeschäfte gelten, die sich auf solche Häuser beziehen; aber man höre:

Der Eigentümer eines Hauses, das dem Bordellbetrieb dient, ist nicht gehindert, sein Haus zu verkaufen. Bedient er sich zur Vermittlung des Verkaufs eines Maklers, so hat dieser keinen klagbaren Provisionsanspruch. (Entscheidung des Oberlandesgerichts Dresden vom 18. Jan. 1902 Mugdan Bad. 4. S. 238.)

Zu welchen Absurditäten schließlich die Rechtssprechung notwendigerweise mit einer solchen Anwendung des § 138 d. B. G. B. auf das Bordellwesen gelangen muß, zeigt folgender Fall:

In Hamburg verklagte ein Hausbesitzer einen Mieter, der mit seiner Zustimmung in den gemieteten Räumlichkeiten ein Bordell eingerichtet hatte, auf Räumung des gemieteten Hauses, mit der Begründung, der Vertrag sei nach § 138 d. B. G. B. unsittlich und deshalb nichtig. Er wird mit seiner Klage abgewiesen, weil der Vertrag auch für ihn unsittlich sei und er deshalb Räumung nicht verlangen könne. (Entscheidung des Oberlandesgerichts Hamburg vom 13. Februar 1903. Mugdan Bd. 7, S. 11.)

Hier muß also der Richter seinen Arm schützend über das von ihm sonst so perhorreszierte Bordell halten. Difficile est satiram non scribere!

Auch hier könnte die Kasuistik bis ins Endlose fortgesetzt werden. Selbst der Laie sieht aber schon aus den wenigen Beispielen, wie reformbedürftig die Gesetzgebung auf diesem Gebiete ist.

Der gegenwärtige Zustand ist ein unwürdiger und unhaltbarer. Wenn, wie gezeigt worden ist, die Lebensgewohnheiten und die Be-

Digitized by Google

dürfnisse der Bevölkerung nach einer dem bestehenden Recht entgegengesetzten Richtung gravitieren, so muß entweder das Gesetz geändert oder dafür gesorgt werden, daß die Autorität des Gesetzes gewahrt bleibt. Letzteres ist dann nicht möglich, wenn, wie in den einleitenden Worten ausgeführt, die Macht der Verhältnisse stärker ist, als das bestehende Gesetz. Dies ist aber auf dem hier behandelten Gebiet der Fall. Kommt man aber zu dieser Überzeugung, und alle einsichtigen Leute werden von ihr durchdrungen sein, so muß der Apparat der Gesetzgebungsmaschine in Bewegung gesetzt werden, um zu verhindern, daß unsere Richter noch länger dem Konflikt zwischen dem Wunsch, ihrer innersten Überzeugung Geltung zu verschaffen und der Pflicht, das bestehende Recht anzuwenden, ausgeantwortet bleiben; dies ist aber hier ebenso der Fall wie bei dem Fortbestehen der veralteten Majestätsbeleidigungs- und Gotteslästerungsparagraphen. Man sage nicht, daß unsere Gesetzgebung nicht im Stande wäre, auf diesem schwierigen Gebiet das Richtige zu treffen. Es sind schon schwerere Aufgaben von ihr in befriedigender Weise gelöst worden, und es käme einer Bankerotterklärung der Gesetzgebung gleich, wenn die maßgebenden Faktoren eine Frage von solch eminenter volkswirtschaftlicher Bedeutung mit einem „non possumus“ beantworden würden. Die einzige Lösung, die die Frage aber zuläßt, ist die gesetzliche Sanktion der Einrichtung der Bordelle, unter Festsetzung der weitgehendsten Kautelen, für die persönliche Freiheit der Bordellinsassinnen.

Darüber sollte Einigkeit herrschen, daß die vielen Mißstände, die heute die Prostitution bei nur offiziellem Ausschluß des Bordells mit sich bringt (man denke nur an die Berliner Nachtcafés und das Berliner Nachtstraßenleben) dann verschwinden würden, und darüber dürften sich trotz aller Abolitionisten ziemlich alle Hygieniker heute schon einig sein, daß im Kampf gegen die Hydra der Geschlechtskrankheiten, die in erschreckender Weise an der Gesundheit der Menschheit zehrt, die Einführung der Bordelle unter genügender polizeilicher Aufsicht die wirksamste Waffe wäre.

Freilich, eine moralische Einrichtung werden die Bordelle nie sein, aber die vorliegende Frage läßt sich nicht einseitig vom Standpunkt der Moral beurteilen, wenn nicht die Hygiene zu kurz kommen soll. Das moralische Plus, das dadurch geschaffen wird, daß die Gesetzgebung und die Rechtsprechung in Einklang kommt, mit den unabweisbaren Bedürfnissen der Gegenwart, wiegt das moralische Minus, das die staatliche Sanktionierung des Bordellwesens bedeutet, reichlich

auf. Der Tag, an dem diese Erkenntnis Gemeingut der Menschheit sein wird, liegt freilich noch in weiter Ferne. Erst in allerjüngster Zeit, am 31. Januar 1904 hat noch die kantonale Volksabstimmung in Zürich mit 49598 gegen 18010 Stimmen die Einführung von Bordellen verworfen. Aber es wird auch hier tagen und Sache aller einsichtigen Männer, denen das Wohl ihres Volkes am Herzen liegt, wird es sein, mit Wort und Schrift für eine Bessergestaltung der Dinge auf diesem Gebiet einzutreten.

II. Besprechungen.

Orlipski: Auch eine Aufgabe des Schularztes. Allgemeine Medizinische Zentralzeitung. 1902, Nr. 56.

Orlipski skizziert in grossen Umrissen die Tätigkeit des Schularztes der Masturbation gegenüber, dessen Eintreten zur Bekämpfung dieser Schulseuche er mit Recht als selbstverständlich voraussetzt. Der Schularzt soll bei der körperlichen Untersuchung der Schüler sein Augenmerk vor allem auf alle diejenigen Momente richten, die ätiologisch für das Entstehen der Masturbation in Frage kommen können, als da sind: bestimmte Hauterkrankungen der Urogenitalregion, die mit Juckreiz einhergehen, wie Eczem, Lichen, Prurigo und Urticaria, weiterhin: Darmparasiten, Verdauungsstörungen, insonderheit solche, die sich mit Darmträgheit äussern usw. usw. Neben diesen, im Schüler selbst liegenden ursächlichen Faktoren gibt es eine Reihe von Einrichtungen der Schule und des Unterrichts, die leicht bei dazu disponierten Kindern Reize auslösen können: Enges Zusammensitzen der Schüler, stundenlanges Sitzen auf einem Fleck, Züchtigungen der Gesässteile, Klettern an hohen Stangen mit eng sich anschmiegenden Extremitäten und anderes mehr; hier hilft nur strengste Aufsicht und Beobachtung und Abhilfe als schädlich erkannter Institutionen. Endlich muss der Schularzt seinen Einfluss auch auf die häusliche Erziehung zu erstrecken suchen und hier durch Belehrung und Anweisung der Eltern schädliche Einflüsse zu eliminieren suchen; Verfasser verweist insbesondere auf die Wohltaten und den Wert einer rationellen Kleidung — keine wollenen Unterkleider, keine beengenden einschnürenden Kleidungsstücke, keine seitlichen Taschen — eines richtigen Lagers — keine Federbetten, sondern Rosshaar- oder Seegrasmatratzen, einer Erziehung zur Sauberkeit und Hautpflege. Die kleine Arbeit enthält eine Reihe sehr beachtenswerter Punkte, deren Würdigung man vielerorts noch vermisst, die aber meines Erachtens nach — und darin schliesse ich mich den Ausführungen des Autors voll und ganz an — zu den wesentlichen Aufgaben schulhygienischer Bestrebungen gehören. J. Marcuse, Mannheim.

F., Siebert — München. **Ein Buch für Eltern.** 1904. Seitz & Schauer München.

Die für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten so wichtige Frage der Aufklärung der Jugend wird hier in sachgemässer und dezenter Weise

von einem Arzt behandelt. Es sind nicht allgemeine bezw. philosophische Redensarten, sondern der Verfasser gibt in Form von Briefen einer Mutter für die Tochter (Bd. I) und eines Vaters für den Sohn (Bd. II) auch zweckmässige Beispiele, wie man über diese heiklen Punkte rechtzeitig und unauffällig aufklären kann und soll, und zwar auf allen Gebieten des Geschlechts- und Liebeslebens. Bei der Art der Anordnung waren zwar Wiederholungen nicht zu vermeiden, doch vermindern sie auch nicht den Wert des Ganzen, dessen roter Faden die optimistische und weltbezähmende Weltanschauung ist gegenüber dem Stichwort „Askese und Pessimismus".

Mancher Leser wird das späte Sichbahnbrechen dieser Ideen bedauern, da die bisherige, meistens von unrechter Seite erfolgte Aufklärung, zumal umgeben von dem Nimbus eines geheimnisvollen Dunkels, sicherlich mehr Schaden als Nutzen gebracht hat. Blokusewski — Niederbreisig a. Rh.

III. Tagesgeschichte.

Eine für die Prophylaxe der Syphilis sehr wichtige Entscheidung wurde von dem Ziviltribunal des Seine-Departements gefällt. Ein mit Syphilis behafteter Mann hat durch den Coitus die Krankheit auf ein Mädchen übertragen und wurde über eine Schadenersatzklage der letzteren zur Zahlung von Fcs. 12,000 an das infizierte Mädchen verurteilt.

Der a. o. Professor und Primararzt Dr. **E. Finger** wurde zum o. Professor für Dermatologie und Syphilis an der Universität Wien, der a. o. Professor für Dermatologie und Syphilis an der Universität Wien, Primararzt Dr. **F. Mracek,** zum o. Professor ernannt.

Hamburg. Die Kelchfrage wird in den hiesigen kirchlichen Kreisen noch immer lebhaft erörtert. Im „Hamb. Kirchenblatt" macht Senior D. Behrmann folgende interessante Mitteilung: „Eine sehr seltsame Art, den Wein im Sakrament zu empfangen, nämlich durch ein Röhrchen, ist auch in Hamburg lange Zeit Brauch gewesen. Der Gebrauch dieser fistula eucharistica ging in der katholischen Kirche vielfach der Entziehung des Kelches voran; nach Einführung der Reformation war dies Abendmahlsröhrchen längere Zeit in Kurbrandenburg (wahrscheinlich als halbkatholischer Ritus) gebräuchlich. In einem, 1740 in Bremen erschienenen Werke über diese fistula eucharistica wird als allgemein bekannt vorausgesetzt, daß in Hamburg eine solche gebraucht werde und in einem, 1820 bis 1830 erschienenen Memoirenwerk eines Hamburgers heißt es etwa so: Will denn niemand die ekelhaften Abendmahlsröhrchen abschaffen?" (Frkf. Ztg.)

Hamburg. Seit Ostern gelangt in der hiesigen reformierten Kirche bei der Abendmahlsfeier der Einzelkelch zur Anwendung. Über 300 Kelche sind angeschafft worden, sodaß jeder Teilnehmer an der Feier einen besonderen Kelch erhält. Jeder Kelch dient bei der Abendmahlsreichung nur einmal. Es wird besonders hervorgehoben, daß die Neuerung in keiner Weise als störend oder unwürdig empfunden wurde. (Frkf. Ztg.)

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—)
Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 4. **Mai 1904.** Jahrgang I.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *H. Wossidlo-Berlin:* „Der gegenwärtige Standpunkt der Therapie der Blasentuberkulose."
2. *G. Berg-Frankfurt a. M.:* (Vom VII. französischen Urologenkongreß): „Die Urogenitaltuberkulose."
3. *B. Goldberg-Köln-Wildungen:* „Der VII. französische Urologenkongreß in Paris" (Schluß).
4. *A. Strauß-Barmen:* „Über Sondenbehandlung der Prostatahypertrophie."
5. *C. Alexander-Breslau:* „Sexual-Hygiene, Frauen-Proteste und Libido sexualis".

II. Referate:

1. *W. Schneider:* „Welche Bedeutung hat die Thompson'sche Zweigläserprobe für die Lokaldiagnose der Erkrankungen der Harnwege?"
2. *von Frisch-Wien:* „Ein Fall von Carcinom der Bartholinschen Drüse."
3. *E. Nettleship:* „Über Augenveränderungen bei Nierenerkrankungen."
4. *Ruth Bré:* „Ist erzwungene, unfreiwillige Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit für das gesunde, normale Weib schädlich?"
5. *Agnes Bluhm:* „Ist erzwungene, unfreiwillige Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit für das gesunde normale Weib schädlich?" Erwiderung.
6. *Weik-Stuttgart:* „Über gonorrhoische Arthritis".

III. Besprechungen:

1. *Rudolf Quanter:* „Wider das dritte Geschlecht."
2. *Havelock Ellis:* „Das Geschlechtsgefühl" (deutsch von *Hans Kurella*).
3. *E. Hartmann:* „Die Geschlechtskrankheiten inbezug auf die Volksgesundheit."

Digitized by Google

I. Originalarbeiten.

Der gegenwärtige Standpunkt der Therapie der Blasentuberkulose.

Von Dr. **H. Wossidlo, Berlin.**

Die Behandlung der Blasentuberkulose galt bisher und gilt auch jetzt noch als eine der schwersten und undankbarsten Aufgaben der ärztlichen Tätigkeit. Sofern man positive Heilerfolge erwartet, wird man in der Tat sehr oft enttäuscht werden, denn trotz des eifrigsten Bemühens und trotz der größten Geduld seitens des Arztes und des Patienten widersteht die heimtückische Krankheit oft jeder Therapie. In vielen Fällen bleibt uns nichts übrig, als vor ihr die Waffen zu strecken und uns mit der Linderung der schweren Leiden des Patienten zu begnügen. Es kann daher nicht Wunder nehmen, daß viele Autoren die Blasentuberkulose als ein für unsere Therapie hoffnungsloses Gebiet, ein „Noli me tangere" betrachten. Wer aber die Qualen kennt, die dieses, das Leben bedrohende Leiden verursacht, wird immer wieder danach streben, Mittel und Wege zu finden, eine Heilung oder, falls diese nicht möglich, eine Besserung zu erzielen. Die in der reichlichen Literatur besonders der letzten Jahrzehnte niedergelegten Erfahrungen haben nicht nur unser klinisches Wissen über die Krankheit wesentlich bereichert, sondern uns auch gelehrt, daß es nicht mehr ganz berechtigt ist, diesem Leiden gegenüber auf dem absolut negativem therapeutischem Standpunkte zu verharren, daß eine Reihe von Fällen sehr wohl nicht nur gebessert, sondern auch geheilt werden kann. Ist ihre Zahl auch noch eine kleine, so ist gegenüber dem „laisser aller" von früher doch ein Fortschritt zu verzeichnen.

In einer jüngst erschienenen pathologisch-anatomischen Studie über die Blasentuberkulose hebt Motz hervor, daß im Beginne der Erkrankung streng lokalisierte, oberflächliche tuberkulöse Blasengeschwüre ebenso gut heilen können, wie die tuberkulösen Geschwüre anderer Schleimhäute. Vorausgesetzt, daß der tuberkulöse Herd ein begrenzter ist, könne man selbst die Heilung tiefer gehender Geschwüre beobachten. Sogar in den ungünstigsten Fällen, wo die Blasenschleimhaut in großer Tiefe zerstört ist, könne man auf einen Stillstand der Tuberkulose hoffen. Er hat einige Fälle beschrieben, in denen die auf eine fibro-adipöse Schicht reduzierte und ganz ihrer Muskelschicht

Digitized by Google

beraubte Blasenwand in ihrer ganzen Dicke von tuberkulösen Neubildungen frei war; auf ihrer inneren Oberfläche breitete sich eine Schicht lebenden, vascularisierten, embryonären Gewebes, eine Pseudo-Mucosa aus. Nach kompleter Elimination der tuberkulösen Prozesse könne sich also selbst eine total veränderte Blasenwand reparieren und lebensfähig sein. Die Blase sei dann zwar funktionell zerstört, aber die Tuberkulose sei geheilt, und dieser Zustand würde mit dem Leben des Patienten vereinbar sein, wenn die Tuberkulose der übrigen Harnorgane nicht zum Tode führte.

Was Motz hier vom pathologisch-anatomischen Standpunkte gefolgert hat, ist in einer Reihe von Fällen durch die klinische Beobachtung bestätigt worden. Auch sie hat uns gelehrt, daß es gelingen kann, die Blasentuberkulose in ihren Anfangsstadien zu heilen, besonders wenn es sich um scharf begrenzte tuberkulöse Geschwüre handelt.

So ist, um nur einige Fälle aus der jüngsten Literatur anzuführen, von Guyon und seinen Schülern über Heilungen der Blasentuberkulose berichtet worden. Desnos sah in 4 Fällen allein durch Allgemeinbehandlung die Blasentuberkulose heilen. Jamin berichtet über einen Fall von Heilung durch Injektionen von 5 %igem Jodoformparaffin, Clado über 3 Fälle, die durch Cystotomie, Curettement und Kauterisation geheilt wurden. Motz bespricht in einer früheren Arbeit 8 Fälle von Blasentuberkulose, die sämtlich im Hôpital Necker behandelt wurden. Sechs davon heilten ohne jede lokale Behandlung; in einem Falle wurde curettiert und darauf Guajakol instilliert, worauf ebenfalls Heilung eintrat und in dem letzten Falle wurde durch Sublimatinstillationen vollkommene Heilung erzielt. Von den lokal nicht behandelten Fällen wurden vier nephrektomiert, worauf in kurzer Zeit Heilung erfolgte. Bei einem Falle nahm man spontanen Verschluss des Ureters der kranken Niere an.

Von nicht-französischen Autoren will ich nur erwähnen, daß Praxin 1902 eine Zusammenstellung der durch Scotis alba behandelten Fälle aus der Literatur gemacht hat. Ihre Gesamtzahl betrug, einschließlich seiner eigenen, 61. Davon wurden 24 geheilt, 18 gebessert; in 19 Fällen war die Besserung nur eine vorübergehende, oder es trat keine Veränderung, oder der Tod ein.

Casper hat in einer ganzen Reihe von Fällen mit Allgemeinbehandlung, speziell mehrjährigem Aufenthalt in südlichem Klima, recht günstige Resultate beobachtet, und auch vielfach durch lokale Behandlung mit Sublimat Besserung, einige Male sogar Heilung erzielt, während

er andrerseits sich über die chirurgischen Eingriffe bei Blasentuberkulose mit großer Reserve ausspricht.

Diese Angaben mögen genügen, um darauf hinzuweisen, daß in einer, wenn auch beschränkten Anzahl von Fällen eine Heilung der Blasentuberkulose möglich ist. Allerdings müssen wir immer darauf gefaßt sein, daß alle unsere Heilversuche fehlschlagen und müssen, besonders wenn wir uns zur lokalen Therapie der Blasentuberkulose entschließen, selbst damit rechnen, daß unter Umständen das entgegengesetzte Resultat, eine, zum mindesten temporäre Verschlimmerung des lokalen Leidens die Folge sein kann. Es wird also bei der lokalen Behandlung darauf ankommen, auf das sorgfältigste zu erwägen, ob der betreffende Fall dafür geeignet ist oder nicht, und wir werden die Wirkung unserer Therapie streng prüfen müssen, um eventuell rechtzeitig von weiteren Versuchen abzustehen.

Welches sind nun die klinischen Bedingungen, unter denen auf eine Heilung der Blasentuberkulose gehofft werden darf?

Hier muß zunächst darauf hingewiesen werden, daß die tuberkulöse Infektion der Blase meist eine sekundäre ist, sei es, daß sie von einem primären Herde in der Niere, oder in den Geschlechtsorganen (Prostata, Samenbläschen, Nebenhoden) ausgeht. Ergreift der tuberkulöse Prozeß von der Niere aus den Harnleiter und die Blase (descendierende Form), so findet man cystoskopisch Geschwüre und Knötchen um die Harnleitermündung der erkrankten Seite. Der Ureterenkatheterismus wird uns vollends über die tuberkulöse Erkrankung der Niere aufklären. Bei der Infektion der Blase vom Genitalapparate aus (der ascendierenden Form), sieht man die tuberkulösen Geschwüre und Knötchen um das Orificium vesicae internum gruppiert. Ist in diesen Fällen der primäre Herd sicher erkannt und ist die Erkrankung der Blase noch nicht zu weit vorgeschritten, so erfolgt häufig nach operativer Entfernung des primären Herdes Heilung. Bei der descendierenden Form wird also eine rechtzeitig ausgeführte Nephrektomie, bei der ascendierenden die operative Entfernung der erkrankten Prostata, Samenbläschen oder Nebenhoden in einer großen Anzahl von Fällen einen kurativen Einfluß auf die tuberkulös erkrankte Blasenschleimhaut haben.

Wägt man die Chancen, die die operative Entfernung des primären Herdes bei beiden Formen der Blasentuberkulose, der descendierenden und der ascendierenden, für die Heilung bietet, so muß auf der einen Seite in Rechnung gezogen werden, daß die descendierende, von der

Niere ausgehende Form viel rascher zu tiefgehenderen und ausgedehnteren tuberkulösen Prozessen in der Blasenschleimhaut führt, als die ascendierende, bei der, wie aus den Untersuchungen von Motz hervorgeht, die Blasenaffektion viel länger auf die Gegend des Sphincter vesicae beschränkt bleibt, viel langsamer eine diffuse wird. Andrerseits ist die frühzeitige Erkennung der Nierentuberkulose häufig eine leichtere, als die der Genitaltuberkulose, zumal der Tuberkulose der Prostata und Samenbläschen. Auch ist die radikale Heilung des primären Nierenherdes durch Nephrektomie eine viel sichere, als die der tuberkulösen Herde der Prostata und Samenbläschen, bei denen es viel leichter vorkommen kann, daß nicht alle tuberkulösen Herde entfernt werden. Auch vorgeschrittenere Fälle von descendierender Blasentuberkulose können, wie die Erfahrung gelehrt hat, durch Nephrektomie noch wesentlich gebessert, ja selbst geheilt werden.

Der primäre Erkrankungsherd hat häufig seinen Sitz in anderen Organen, besonders in den Lungen. Meist erfolgt dann allerdings die Infektion der Blase auf dem Wege durch die Nieren, und sind diese ebenfalls erkrankt, doch können auch Blase und Nieren unabhängig von einander ergriffen werden. Für die Beurteilung der Heilbarkeit der Blasentuberkulose wird hier die Schwere und Ausdehnung des älteren Tuberkuloseherdes und der von ihm abhängige Allgemeinzustand des Patienten in Betracht kommen. Hiernach wird sich auch die von uns einzuschlagende Therapie zu richten haben; eine Besserung des Allgemeinbefindens wird das zunächst zu erstrebende Ziel der Behandlung sein.

Das Vorkommen einer primären Blasentuberkulose wird, besonders von den pathologischen Anatomen, bestritten. Klinisch tritt sie aber mitunter in den Vordergrund, indem sie zu einer Zeit Erscheinungen macht, in der eine renale oder genitale Tuberkulose noch nicht nachgewiesen werden kann. Man wird indessen meist nicht fehlgehen, wenn man in derartigen Fällen eine noch latente Tuberkulose der Nieren oder Geschlechtsorgane annimmt, und diese wird häufig auch, z. B. als tuberkulöse Knötchen in der Prostata, im weitern Verlaufe der Krankheit diagnostizierbar sein.

Bei erblich belasteten Individuen gibt eine Gonorrhoe mitunter den Anstoß zur Entwickelung der Blasentuberkulose, worauf auch Zuckerkandl, Casper u. A. aufmerksam machen. Hierauf muß bei der Behandlung der Gonorrhoe bei der Tuberkulose Verdächtigen Rücksicht genommen werden. Der Zustand der Blase vor der In-

Digitized by Google

fektion mit Tuberkelbazillen ist ebenfalls für die Beurteilung des Falles und des Verlaufes der Blasentuberkulose von Wichtigkeit.

Ein weiterer, bei der Behandlung zu berücksichtigender Punkt ist die Schwere der Blaseninfektion, die klinisch sich nicht allein durch die mehr oder weniger große Intensität der Beschwerden und die mehr lokalisierte oder diffusere Erkrankung der Blasenschleimhaut kundgibt, sondern auch in der Regel mit der größeren oder geringeren Menge der im Harnsedimente nachweisbaren Tuberkelbazillen korrespondiert. Finden sich zahlreiche Tuberkelbazillen im Urin, so ist der Fall, z. B. für eine lokale Therapie, meiner Erfahrung nach ungünstiger, als wenn nur selten vereinzelte Bazillen nachgewiesen werden können.

Nicht selten bleibt es aber nicht bei der reinen Infektion der Blase mit Tuberkelbazillen allein, sondern man findet im trüben Urin noch andere, harnstoffzersetzende Mikroben, wodurch der ganze Krankheitsverlauf meist recht ungünstig beeinflußt wird, da sich nun das Bild einer schweren tuberkulösen Cystitis entwickelt. Es muß deshalb bei allen endovesicalen Eingriffen an die Möglichkeit der Einschleppung anderer, pathogener Keime in die tuberkulös erkrankte Blase gedacht und die für die Urologie ja überhaupt gültige erste Forderung der Anwendung aseptischer Instrumente hier ganz besonders beachtet werden.

Diese allgemeinen therapeutischen Gesichtspunkte vorausgeschickt, wende ich mich nun zu den Mitteln und Methoden, die für die Behandlung der Blasentuberkulose heutzutage empfohlen und angewandt werden.

Schon eine rationelle Prophylaxe kann viel leisten. Hierher gehört vor Allem die sachgemäße Behandlung der primären tuberkulösen Erkrankungen, speziell der Lungen-, der Nieren- und der Genitaltuberkulose. Die bereits besprochene rechtzeitige Entfernung des primären Herdes in der Niere oder in den Geschlechtsorganen ist eine prophylaktische Maßregel zur Verhütung der Blaseninfektion. Desgleichen gehört zur Prophylaxe der Blasentuberkulose die sorgfältige Behandlung einer Gonorrhoe bei erblich belasteten, schwächlichen, oder bereits an Tuberkulose anderer Organe leidenden Individuen.

Die Hauptaufgabe der Therapie besteht in einem jeden Falle von Blasentuberkulose, in einer Besserung des Allgemeinbefindens durch hygienisch-diätetische, roborierende Behandlung. Landaufenthalt, Höhenklima oder Aufenthalt im Süden, kräftige Ernährung, Ruhe sind hier ebenso angezeigt, wie bei der Behandlung der Tuber-

kulose überhaupt. Die Darreichung der, auch sonst bei der Tuberkulose mitunter mit Nutzen verabfolgten Mittel, denen ein gewisser Einfluss auf den tuberkulösen Prozeß zugeschrieben wird, wie des Kreosots, Kreosotals, Guajakols und Ichthyols, scheint in einzelnen Fällen einen günstigen Einfluß auf die erkrankte Blase auszuüben.

Ebenso ist es notwendig, die heftigen Schmerzen, sowie die gesteigerte Harnfrequenz durch schmerzstillende und beruhigende Mittel zu mildern. Hier kommen vor allem die Opiate, speziell das Morphium in Betracht, sei es, daß es subkutan oder in Form von Suppositorien verabfolgt wird. Auch die Belladonna, innerlich oder in Suppositorien gegeben (bis zu 0,05 pro dosi), läßt sich zu diesem Zwecke verwerten. Ebenso sind warme Bäder und Umschläge zur Bekämpfung des Tenesmus und der Schmerzen zu empfehlen.

Unter dieser hygienisch-diätetischen und internen Behandlung wird man häufig, auch ohne jede lokale Therapie, eine Besserung eintreten sehen. Ja viele Autoren beschränken sich auf sie allein und verwerfen einen jeden Versuch, durch örtliche Eingriffe eine Besserung, resp. Heilung erreichen zu wollen, weil so oft ein jeder lokale Eingriff eine Verschlimmerung des Leidens zur Folge hat.

Hierher gehört auch die Behandlung mit Tuberkulin. Die Ansichten über den Nutzen der Tuberkulininjektionen bei der Blasentuberkulose gehen ebenso weit auseinander, wie bei der Tuberkulinbehandlung der Lungentuberkulose. Während z. B. mehrere Urologen Londons sich mir gegenüber sehr lobend darüber ausgesprochen haben, wird andrerseits seine Wirkungslosigkeit betont. Man kann sich wohl ganz der Ansicht Casper's anschliessen, daß dies Verfahren noch zu jung sei, um ein abschliessendes Urteil darüber fällen zu können.

Dasselbe gilt von dem, von Fritz Röhrig und Krüger in neuester Zeit empfohlenen Tuberkulocidin und Selenin Klebs worauf ich später noch zurückkommen werde.

Da die eben besprochenen, auch bei der Tuberkulose anderer Organe üblichen Behandlungsmethoden Allgemeingut der Ärzte geworden sind, ist es nicht nötig, sie ausführlicher zu beschreiben.

Etwas näher will ich auf die lokale Therapie der Blasentuberkulose eingehen, deren Methoden und Resultate nicht so allgemein bekannt sind.

Die Lokalbehandlung der Blasentuberkulose zerfällt in die örtliche medikamentöse und in die operative.

Die Erstere hat zum Zwecke, durch Applikation von Medikamenten auf die Blasenschleimhaut eine Besserung oder Heilung der tuberkulösen Prozesse zu erzielen. Hierbei muß gleich von vornherein betont werden, daß die ungeheuer reizbare, tuberkulöse Blase, in der Regel nur geringe Flüssigkeitsmengen vertragen kann, ohne mit schmerzhaftem Tenesmus darauf zu reagieren. Spülungen mit dem Katheter und Injektionen größerer Mengen Flüssigkeiten werden deshalb besser unterlassen, man beschränke sich auf Instillationen.

Von den Medikamenten haben sich die meisten der sonst bei Cystitis so erfolgreich angewandten Antiseptica nicht bewährt. Ganz besonders gilt dies von dem Argentum nitricum, nach dessen Applikation in der Regel eine Verschlimmerung aufzutreten pflegt.

Mehrfach ist das Jodoform als 5% ige Öl- oder Paraffinemulsion zur Injektion in die Blase empfohlen worden. Sind auch von einzelnen Autoren mit günstigem Erfolge damit behandelte Fälle veröffentlicht worden, so hat es sich doch eine allgemeine Anerkennung nicht erwerben können. In Verbindung mit dem von Colin empfohlenen Guajakol hat mir das Jodoform hier und da vorübergehend gute Dienste geleistet, wie unter Anderen auch Jamin, Montford, A. Lewin gute Erfahrungen damit gemacht haben. Hauptsächlich wirksam ist dabei wohl das Guajakol, das von der Blase gut vertragen wird und lokal anästhesierend wirkt. Man verwendet eine Emulsion, die 5% Guajakol und 1—2% Jodoform enthält und injiziert davon etwa 10 Cctm. in die Blase.

Witzack hat Instillationen von Milchsäure bei der Blasentuberkulose angewandt. Wegen der heftigen Schmerzen, die danach auftreten, hat er später Cocainum lacticum empfohlen. Täglich soll nach Entleerung der Blase eine Injektion von 1 Gramm einer Lösung von Cocainum lacticum 1,0 Aq. destill. 9,0 gemacht werden und allmählich sollen 4 Teile Wasser durch reine Milchsäure ersetzt werden. Von der schließlich Cocainum lacticum, 1,0 Aq. destill. 5,0, Acid. lacticum 4,0 enthaltenden Lösung soll wöchentlich 1—2 mal 1 Gramm injiziert werden. Auch in dieser Form, als Cocainum lacticum, erzeugt die Milchsäure noch sehr heftige Schmerzen. Casper hat deshalb von ihrer weiteren Verwendung Abstand genommen, obgleich er unzweifelhaft gute Erfolge davon gesehen hat.

Dasjenige Mittel, das bisher die meiste Anerkennung gefunden hat, ist das, zuerst von Guyon empfohlene Sublimat. Guyon sah in 27% der Fälle von dem Sublimat gute Resultate und von anderen

Autoren, wie Banzet, Verkoogen, Zuckerkandl, Casper, Krüger, Freyer u. A. wird die Behandlung der Blasentuberkulose mit Sublimat gelobt, ein Urteil, dem ich mich nach eigenen Erfahrungen anschließen kann.

Bei der Behandlung mit Sublimat beginnt man mit einer Lösung von 1:10000 und bringt davon mit der Guyon'schen Tropfenspritze in den ersten Sitzungen höchstens 2—5 Cctm., später bis 10 Cctm. in die vorher entleerte Blase. Werden sie gut vertragen, so kann man nach einigen Tagen die Instillation wiederholen und kann allmählich mit der Konzentration der Lösung bis auf 1:5000 und 1:2000 steigen. Von der letzteren Lösung bringt man aber besser nicht mehr als 5 Cctm. in die Blase. Ganz ausnahmsweise werden auch Lösungen von 1:1000 vertragen. Im Allgemeinen ist es aber ratsam, mit der Konzentration nicht so hoch zu steigen, da danach recht intensive Schmerzen und nicht so selten Blutungen auftreten. Dagegen empfiehlt es sich, nach Casper's Vorschlag, mit der fortschreitenden Besserung, dem Nachlassen des Tenesmus, der Abnahme der Schmerzen, mit der Quantität der zu injizierenden Lösung zu steigen, sodaß schließlich 50 Ccm. eingespritzt werden. Dann muß aber mit der Konzentration wieder auf 1:10000 bis 1:5000 heruntergegangen werden.

Gewöhnlich folgt auf die Instillation der Sublimatlösung eine mehr oder weniger heftige, schmerzhafte Reaktion. Man tut gut, die Patienten darauf vorzubereiten und zur Milderung der Schmerzen Morphiumsuppositorien zu verordnen. Letztere kann man meist nach einiger Zeit entbehren. Ist die auf die Sublimatinstillation eintretende Reaktion abgelaufen, so äußert sich die günstige Wirkung der Behandlung durch das Nachlassen der Schmerzen und die allmähliche Verminderung der Dysurie. Die Instillation darf erst dann wiederholt werden, wenn die Reaktion abgelaufen ist; in der Regel wird dies ein bis zweimal wöchentlich stattfinden können. Mit den Instillationen ist aufzuhören, wenn nach einigen Versuchen keine Besserung oder gar eine Verschlimmerung eintritt.

Fritz Röhrig und Krüger haben die Behandlung der Blasentuberkulose mit Sublimatinstillationen mit der innerlichen Darreichung von Tuberkulocidin und Selenin Klebs verbunden, und über damit erzielte gute Resultate berichtet. Nach Klebs soll sich das Tuberkulocidin ursächlich gegen den tuberkulösen Prozeß, das Selenin gegen den häufigsten Erreger der Mischinfektion, den Diplococcus semilunaris, richten. Man gibt von dem Tuberkulocidin Erwachsenen anfangs 3—5

Digitized by Google

Tropfen (0,15—0,25 ccm) und steigt, wenn keine Temperatursteigerung eintritt, von 2 Tropfen, bis 2 ccm pro Dosi erreicht sind. Von dem Selenin wird 2—3 mal täglich 1 ccm verabfolgt. Man kann auch von folgender Mischung: Tuberkulocidin 2—5 ccm., Selenin 10—20 ccm., Aq. destillat. ad 100 ccm. morgens und abends 5—10 ccm. nehmen lassen.

Ich habe diese Behandlung versucht und in einem Falle eine vorübergehende Besserung gesehen. Da mir noch eine genügende Erfahrung darüber fehlt, maße ich mir kein Urteil über diese Methode an, doch scheint es mir noch fraglich, ob bei dieser Kombination von Sublimatinstillationen und Tuberkulocidin-Selenin-Darreichung die beobachteten günstigen Wirkungen nicht auf das Konto des Sublimats zu setzen seien.

Krüger verwendet, wenn trotz aller Vorsicht die Fortsetzung der Sublimatbehandlung auf große Schwierigkeiten stößt, Jodoform und auch Ichthargan. Von dem Ichthargan träufelt er 2—10 cctm. einer Lösung von 0,05—0,5 : 100 · 0 in die tropfenweise entleerte Blase ein. Von anderer Seite liegen, soweit mir bekannt, Berichte über das Ichthargan noch nicht vor.

Die lokale Therapie muß selbstverständlich durch eine sorgfältige Allgemeinbehandlung unterstützt werden. Geht man mit Vorsicht an die lokale medikamentöse Behandlung der Blasentuberkulose, besonders mit Sublimatinstillationen, heran, so wird man in den beginnenden Formen mitunter gute Erfolge zu verzeichnen haben. Nach den vorliegenden Erfahrungen scheint es wohl angezeigt, in geeigneten Fällen die Sublimatinstillationen zu versuchen, aber allzu große Hoffnungen darf man dabei nicht hegen.

Über die operative Behandlung der Blasentuberkulose kann ich mich kurz fassen. In Frage kommen die Eröffnung der Blase vom Perineum aus oder oberhalb der Symphyse, das daran sich anschließende Curettement oder die Kauterisation der tuberkulösen Herde und die Excision der tuberkulösen Geschwüre. Einige Operateure, wie Delagenière, Brohl, Tuffier, haben die Blasenschleimhaut in toto ausgeschnitten.

Liegen auch in der Tat einige Berichte von erfolgreichen Operationen vor, so ist die Zahl der für die Operation geeigneten Fälle doch eine relativ geringe, denn wir können nur dort auf eine Heilung hoffen, wo es sich um ganz solitäre, scharf begrenzte Geschwüre handelt. Bei einer jeden diffusen Erkrankung der Blase mit disseminierten Knötchen sind operative Eingriffe machtlos, eventuell sogar

schädlich. Auch in günstig verlaufenden ist man vor Recidiven ebenso wenig sicher, als davor, daß die Tuberkulose nicht an anderen Teilen des Harn- oder Geschlechtsapparates sich entwickelt. Zur Fortsetzung der lokalen Therapie und zur Überwachung etwaiger Recidive wird es notwendig werden, nach Eröffnung der Blase längere Zeit die Wunde offen zu halten. Nicht selten resultiert nach der Cystotomie eine permanente Fistel und dann hat man dem Patienten zu seinem Leiden auch die Qualen einer stets nässenden tuberkulösen Fistel hinzugefügt. Man wird also in der Auswahl der Fälle, die man für die Operation geeignet hält, sehr vorsichtig sein müssen. Bei excessiven Beschwerden, die jeder sonstigen Behandlung trotzen, wird man sich zur Ausschaltung der Blase durch die Cystotomie und Anlegung einer Fistel in einigen Fällen entschließen müssen.

Vom VII. französischen Urologenkongreß.

Die Urogenitaltuberkulose.

Dr. **Georg Berg-Frankfurt a. M.**

Im Gegensatz zu vielen Chirurgen, welche eine Spontanheilung der Nierentuberkulose in Abrede stellen, ist Le Fur auf Grund einer Anzahl von Fällen zu der Ansicht gelangt, daß auch ohne Operation die Nierentuberkulose zur Ausheilung gelangen könne. Er stützt sich dabei sowohl auf anatomische, wie klinische Argumente. Bei Autopsieen sieht man verkalkte Tuberkel, umgeben von einer dichten fibrösen Scheide, dann kennt man Fälle von ausgebreiteter totaler oder partieller Nierentuberkulose, bei denen die Niere in eine fibröse Hülle mit Eiterinhalt verwandelt ist. In einem solchen Fall, der von Le Fur nephrectomiert wurde, fand sich vollständige Obliteration des Ureters. Ebenso gibt es klinische Beweise für einige sichere Fälle von Spontanheilung der Nierentuberkulose. Über einige solche genau diagnostizierte Fälle berichtet Le Fur des Näheren.

Der älteste Fall greift auf 7 Jahre zurück. Die anderen sind jünger und datieren von 4, 3, 2 und 1 Jahre.

Man hatte bei mehreren von ihnen die Nephrectomie vorgeschlagen. Trotzdem dieselbe unterlassen wurde, befinden sich die Patienten in vorzüglicher Verfassung. Bei einigen ist der Urin ganz klar und enthält weder Eiter noch Bakterien, bei anderen finden sich noch reichlich

Leukocyten und in 2 Fällen Tb-bazillen. Ein Kranker hat eine große, harte, gebröckelte Niere behalten, mit klarem Urin und ohne Tb-bazillen, wahrscheinlich ist der Ureter obliteriert. Alle diese Fälle sind nach Ansicht Le Fur's durch die Allgemeinbehandlung geheilt. Die klinische Beobachtung darf die Ausheilung der Urogenitaltuberkulose annehmen, wenn Eiter und Bazillen im Urin verschwunden, aber auch, wenn trotz Andauerns von Eiter und Bazillen eine deutliche Besserung des lokalen und Allgemeinzustandes zu bemerken ist. Allerdings müssen diese Kranken weiter beobachtet werden, ferner ist zu beachten, daß die Nierentuberkulose namentlich bei der Frau noch durch andere Erkrankungen kompliziert sein kann. Le Fur zieht aus seinen Beobachtungen den Schluß, daß in den Fällen, wo das Allgemeinbefinden sehr darniederliegt, ferner, wo es sich um eine renale Retention handelt, es immer am Platze ist, erst eine sorgfältige Allgemeinbehandlung einzuleiten, die tuberkulöse Veränderungen in Blase, den Genitalorganen etc. aufzufinden und zu behandeln, ehe man zur Nephrectomie schreitet.

Wie zu erwarten stand, blieben diese Ausführungen nicht unwidersprochen. — Namentlich Albarran führte aus, daß zwar der Eiterheerd durch Obliteration des Ureters auf die Niere beschränkt bleiben könne, daß also gewissermaßen eine Nephrectomie der Natur vorkomme, aber dieselbe sei viel riskierter, als die künstliche, denn früher oder später erliegen die Patienten der eben noch bestehenden Pyonephrose, es käme nur zu einem Waffenstillstand, aber zu keinem Frieden. Er führt 3 Fälle an, welche diese trügerische Hoffnung eine Zeit lang boten, die aber jetzt wieder schwere Erscheinungen der Urogenitaltuberkulose zeigen.

Hallé giebt vom Standpunkt der Pathologischen Anatomie eine ausführliche Darstellung der Urogenitaltuberkulose: die Niere ist in den meisten Fällen als primärer Sitz der Urogenitaltuberkulose zu betrachten, dann kommt die Prostata, die Samenblasen, der Nebenhoden. Die Statistik von Saxtorph auf dem internationalen Kongreß von 1900 zu Paris ist in dieser Beziehung besonders instruktiv. Auf 10016 Autopsieen kommen 547 Fälle von Urogenitaltuberkulose. Diese verteilen sich folgendermaßen auf die einzelnen Organe: 342 Fälle von akuter Miliartuberkulose der Nieren gegen 4 Fälle der Blase. In 32 Fällen waren Blasentuberkulose mit solcher der Nieren vermischt, in 29 Fällen mit der Prostata, in 20 Fällen mit den Samenblasen. Ganz isolierte Particen fanden sich 23 mal in der Niere,

10 mal im Nebenhoden, 9 mal in der Prostata, niemals in der Blase. In demselben Sinne spricht die Statistik der pathologischen Präparate des Museums im Hospital Necker. Es ist deutlich wahrzunehmen, daß die Herde in den Nieren viel tiefer und älter sind, als in der Blase; nächst diesen rangiert die Prostata.

Von diesen beiden primären Herden aus geht die tuberkulöse Infektion auf die anderen Partieen des Harnapparates, bald in aufsteigender, bald in absteigender Richtung, über. Die jüngsten Versuche Hansens haben die Rolle, welche die primäre Läsion der Niere bei der Inokulation der unteren Harnwege spielt, in das rechte Licht gesetzt. 4 mal folgte Uretertuberkulose, 2 mal Blasentb., 9 mal Prostatatb. Unterband H. den Ureter einer tuberkulösen Niere, so blieben die unteren Harnwege verschont. Der Grund, weshalb man solange die Blase als den primären und ausschließlichen Sitz der Erkrankung hielt, war der, weil die primäre Nierenaffektion während langer Zeit häufig latent oder doch symptomlos bleibt. Erst wenn die Blase ergriffen wird, beginnen die großen Beschwerden, die den Patienten zum Arzt führen.

Alle Formen und Stadien tuberkuloser Erkrankung finden sich in den Harnorganen: Granulationen, Ulcerationen, massive Infiltration.

1. Die Granulation, das primäre Stadium erscheint in der Rindensubstanz perivaskulär. In der Prostata befinden sich die Granulationen um die Acini herum. Der Anteil, den die Epithelien der Acini an ihrer Bildung nehmen, ist ersichtlich. Auf der Mucosa zeigt sich die tuberkulöse Granulation ganz an der Oberfläche und im subepithelialen Lager, wie es schon seit langem Clado für die Blase gezeigt hat. Man kann ihr zwar auf der Mucosa in ihrer ganzen Ausdehnung begegnen, aber sie hat doch ihre Lieblingssitze, wie z. B. in der Niere die Kelche, die beiden Ureterenden, in der Blase die Nachbarschaft der Ureteröffnungen und den Cervix, in der Urethra die Pars prostatica und die Ausführungsgänge der Drüsen.

2. Die Ulcerationen, welche ein späteres Stadium der Granulationen darstellen, haben dieselben Prädilectionssitze. Isoliert oder mit anderen confluierend, beobachtet man sie in allen Stadien: die oberflächliche Exulceration auf der Höhe der Granulation, das typische linsenförmige Ulcus, die policyklischen Ulcerationen, schließlich die große Ulceration, welche sich auf eine große Partie oder auf die ganze Oberfläche der Mucosa ausdehnen kann.

3. Die käsige Infiltration, die wahre Form der großen chirur-

Digitized by Google

gischen Läsionen der Tuberkulose, kann man in allen Abschnitten des Harnapparates beobachten. In der Niere sind es große, käsige Herde von der Größe einer Erbse bis zu der einer Nuß und noch weit größer, in die Rindensubstanz eingebettet. Zu Anfang hart, aus einer homogenen, soliden, weißen Masse bestehend, erinnern sie auf den ersten Blick an Herde von epithelialen Neubildungen. Sind sie zahlreich und umfangreich, so vermehren sie das Volumen der Niere, verändern ihre Gestalt, indem sie ihre Oberfläche buckeln. Später erweichen sie, zersetzen sich in ihrem Zentrum und öffnen sich in den Kelch, und so entstehen die tuberkulösen Cavernen, der gewöhnliche Ausgang der tuberkulösen Nieren-Affektionen.

In der Prostata, den Samenblasen, den Nebenhoden, finden sich auch große tuberkulöse Infiltrate, welche dieselben Veränderungen in Form und Volumen des Organs hervorrufen.

4. Auf der Schleimhaut der Ausführungsgänge, welche manchmal in ihrer ganzen Ausdehnung befallen ist, bietet die Tuberkulose einen spezifischen Anblick. Die Schleimhaut ist sehr dicht, unregelmässig und an einer weiß-grauen Substanz infiltriert, welche an der Oberfläche weich, in der Tiefe solider und adhärent ist. Durch die Infiltration ist der Ureter in einen harten Strang umgebildet, von dem Volumen etwa des Daumens, sein Lumen ist verringert, manchmal ist er obliteriert. Denselben Anblick bietet die Urethra, welche von einer totalen tuberkulösen Urethritis befallen war. Die käsige Infiltration in der Blase zeigt sich in der Form von dichten Plaques, die induriert sind und die Blasenwand tief infiltrieren.

Die großen Tuberkel, welche in das Parenchym eingekapselt sind, haben eine typische Struktur: im Zentrum eine käsige Masse, geformt aus unbestimmten Elementen, rings herum eine Zone von diffuser, kleinzelliger Infiltration. Am meisten sind die typischen Tuberkelknötchen in der Randzone zu suchen. Häufig findet man auch die Riesenzelle in ihrer Mitte. Später, in der Periode der Einkapselung verwischen sich die charakteristischen Bildungen, und der käsige Knoten wird umhüllt von einer fibrösen Scheide.

Die Blase, sobald sie vollständig ergriffen ist von der Tuberkulose, erscheint als ein ungeheures Tuberkulom mit ihren drei konzentrischen Lagern, dem inneren käsigen, dem mittleren zelligen, dem äußeren, voll von typischen Tuberkelknötchen. Die Kochschen Bazillen sind sehr ungleich in diesen Lagern verteilt, in dem käsigen, inneren sehr zahlreich, in den tiefen Schichten nur spärlich und zerstreut.

Digitized by Google

Der histologische Anblick der tuberkulösen Infiltration ist in der Tat ein eigenartiger, doch verändert der sekundäre Prozeß der Eiterung das Bild, wenn er zur primären Tuberkulose hinzukommt. Dieser schnelle Verfall, die Tiefe der Schädigungen sind wahrscheinlich die Veranlassung zur Zersetzung des Urins, der beständig mit ihnen im Kontakt ist, ebenso wie zu der Heftigkeit der Erscheinungen der sekundären Infektion. Diese pathologischen Veränderungen haben ihr Analogon in den Lungen. Warum das Parenchym der Ausführungsgänge, der Niere und der Prostata, besonders von dem Augenblicke der bazillären Invasion an, die rapide Umformung in Verkäsung zu erleiden hat, dafür gibt es folgende Vermutung: Vielleicht sind es die coagulierenden und nekrotisierenden Toxime, die hier im Zentrum des Harnapparates in übergroßer Menge ausgeschieden, besonders virulent sind. Die tuberkulöse Neubildung indes zeigt hier, wie anderswo, eine natürliche Tendenz zur Heilung, die es sich lohnt, in den verschiedenen Abschnitten des Harnapparates näher zu betrachten. 1. In dem Drüsenparenchym kann die granulierende Tuberkulose durch fibröse Einhüllung heilen. In der Prostata, in der Samenblase, wie im Nebenhoden trifft man häufig käsige Herde, eingehüllt in eine dichte fibröse Scheide, die sie gänzlich von dem umgebenden, gesunden Gewebe isoliert. In dem Parenchym kann die Heilung, welche natürlich immer eine relative ist, durch Erweichung und völlige Entleerung des käsigen Herdes zustande kommen. Man trifft in den Nieren Kavernen, die manchmal einen beträchlichen Teil des Organs zerstört haben und ihre käsigen Massen in den Kelch entleeren. Ihre Wand wird dann glatt, befreit von dem käsigen Überzuge, nach außen durch eine fibröse Kapsel abgegrenzt. Das sind dann die pathologischen Hohlräume, wo der tuberkulöse Prozeß erloschen ist. Vielleicht ist für diese kleinen Nierenkavernen eine vollständige Vernarbung durch Zusammenkleben der fibrösen Wände möglich. In der Prostata und den Samenblasen ist die Heilung nach der käsigen Schmelzung und Entleerung sehr häufig. Die Cavernen entleeren ihren Inhalt, teilweise oder gänzlich in die Urethra. Nach der Entfernung der tuberkulösen Bestandteile kann die Samenblase gänzlich in eine fibro-adipose Masse umgebildet sein, wo fibröse Knötchen allein noch den Platz ehemaliger käsiger Herde bezeichnen.

Die Heilung der Nierentuberkulose kommt durch einen ganz besonderen Prozeß zustande. Die massive Tuberkulose des Ureters oder selbst die einfache Ulzeration können durch totale Entfernung der

tuberkulösen Massen heilen, welcher dann eine narbige Obliteration des Ganges folgt. Oberhalb des Ureters ist die von käsigen Herden infiltrierte oder schon von Cavernen ausgehöhlte Niere abgeschlossen und von dem übrigen Harnapparat isoliert. Dieser Ausgang der renalen Tuberkulose ist keineswegs selten. Die cystische, käsige Niere ist eine häufige Erscheinung. Die anatomisch-pathologische Sammlung Guyon's im Hôpital Necker allein enthält 16 Präparate von Nierentuberkulose, welche sich in dem Stadium der käsigen, abgeschlossenen Cystenbildung befinden, zustande gekommen durch totale, fibröse Obliteration des Ureters. Die ältesten dieser Präparate datieren aus den Jahren 1878 und 1885. Auf 103 Fälle von Tuberkulose des Harntractus konstatieren wir 26 % diesen Prozeß von Spontanheilung der Nierentuberkulose. Dieses bemerkenswerte häufige Vorkommen rechtfertigt die Ausführlichkeit der Darstellung. Die Heilung ist zwar zweifellos eine unvollkommene zu nennen, aber immerhin doch eine Heilung, denn ein solcher abgekapselter Herd kann lange Zeit, wie die Klinik und Anatomie lehrt, unbemerkt ertragen werden, bei gutem Allgemeinbefinden. (Schluß folgt.)

Der 7. französische Urologenkongreß Paris, 23.—25. Oktober 1903.

Nach Annales des mal. d. org. génitourinaires, 1903, 21. und 22. berichtet von Dr. **Goldberg, Köln-Wildungen.**

(Fortsetzung und Schluß.)

Essentielle Enuresis ist nach Courtade durch Irritation des Detrusor, oder durch Atonie des Sphincter, oder durch Überlaufen bei Retention infolge von Sphincterenspasmus, oder endlich durch reflektorische Lähmung des Detrusor bedingt, auf grund von Hysterie, Epilepsie, Polyurie, Neurosen; die beste Therapie sei die lokal elektrische.

Als Prophylacticum des Katheterfiebers empfiehlt Freudenberg Acid. camphoric. dreimal täglich 1 gr. vor und nach der Operation. Hermophenyl (Binatriosulfur. Phenolquecksilber) empfiehlt Reynès als nicht toxisches, Eiweiß nicht fällendes, weder die Organe noch die Instrumente angreifendes Antiseptikum. Es ist ein weißes Pulver zu 22 % in Wasser von 25° löslich, mit 40 % Hg., intern in Pillen von 0,01 nach dem Essen, zu Blasenspülungen in $\frac{1}{2}$—1 % Lösungen anwendbar.

Polyneuritis infectiosa nach schwerer Cystitis sah zweimal Albarran; ein P. wurde durch Sectio alta, curettement, 1 Jahr dauernde Drainage geheilt; der andere ist noch in Behandlung.

5. Erkrankungen der Nieren.

Experimentelle Polyurie, Albarran.

A. stellt die Verdünnungsprobe zur Bestimmung der Nierenfunktion in der Weise an, daß er mittels 2—3 Stunden fortgesetztem beiderseitigen Harnleiterkathetrismus von $^1/_2$ zu $^1/_2$ Stunde in jedem Harn Gefrierpunktserniedrigung ($\triangle$), $\triangle$. Volumen, relativen und absoluten Harnstoffgehalt bestimmt. Die kranke Niere arbeitet einförmig, um so einförmiger, je mehr Parenchym zerstört ist, die gesunde mit großen Schwankungen; Störungen beeinflussen die gesunde Niere weit mehr als die kranke.

Vergleichende Physiologie der beiden Nieren, Albarran.

Es differierten die in gleichen Zeiträumen von je den linken und rechten Nieren abgesonderten Mengen: a) des Harns um 10—40 %, b) des Harnstoffs um $^1/_2$—6 gr., c) des Chlor per Liter um 0,1—1,5 gr., der Phosphorsäure um 0,4, $\triangle$ um 0,1—0,2. Je länger die Versuchszeit, um so geringer werden die Differenzen; die absoluten Werte bieten gleichfalls geringere Differenzen.

Das Verhältnis der linken zu den rechten Werten ist in der einen $^1/_4$ Stunde ein anderes, als in einer anderen $^1/_4$ Stunde; es ist nicht konstant; es kehrt sich zuweilen um.

Anatomie, Physiologie und Pathologie lehren, daß die Nieren paarige, nicht symmetrische Organe sind.

Die Spontanheilung der Nierentuberkulose wird von Le Fur an 4 seit 7, 4, 3, 2 Jahre geheilten Kranken klinisch, von Hallé (an 26 unter 103 Fällen fibröse Obliteration des Harnleiters und consecutive kulkige oder käsige Nierencyste) anatomisch demonstriert. Demgegenüber betonen Poußon, Bernard und insbesondere sehr eindringlich Albarran, daß es ein unsicheres und gefährliches Spiel sei, die Natur in Jahren die Niere ausschalten zu lassen, die die Kunst früh und mit sicherem Erfolge beseitige.

Über eine Nephrodecapsulation bei Nephritis, (Heilung) über eine infektiöse Nephritis mit Pyohaematurie bei Barlow'scher Krankheit (Kind von 9 Monaten, Nephrectomie, †), endlich über eine Nephrectomie bei Nephrotuberculosis berichtete Frank.

Eine Nierenfistel nach Nephropexie (Leguen) infolge von

Nahteiterung bis ins Nierenbecken zwang nach erfolglosem Harnleiterkathetrismus zur sekundären Nephrectomie.

Keine Änderung der Genitalfunktion zeigten Nephrectomierte (Lequin, Chatelin); bei nephrectomierten Meerschweinchen waren solche beobachtet worden.

Nephrolithiasis (Pasteau). Die Radiographie zeigte ursprünglich nur die sekundären Steine, jetzt infolge von Verbesserungen der Technik (Bauchkompression, Bleidiaphragmen, viele Sitzungen), Lokalisation der Bestrahlungen auch primäre. Reine Urate, kleine Phosphate und Oxalate sind sehr schwer zu entdecken. Die Cystioscopie zeigt bei Anuria calculosa an Veränderungen der betreffenden Harnleiteröffnung (Ekchymose, Oedem, Blutung) die zu operierende Seite an.

Die Decapsulation bei nicht komplizierter echter Nephritis (nach Edebuhls) hat Sorel als erster in Frankreich ausgeführt.

Der Nierentod. Poußon gibt eine Statistik seiner Nierenoperationen. Die Bestimmung des funktionellen Wertes jeder Niere schützt nicht absolut davor, daß die restierende post operationem versage; denn die organische Widerstandskraft der anatomischen Elemente ist nicht meßbar. Von 22 Nephrotomierten starb keiner.

Von 43 Nephrotomierten starben 13, und zwar 1 an Chloroformintoxication, 3 an Shok, 2 an Verblutung, 3 an Sepsis, 1 an Embolie, 2 an Uraemie; von 36 Nephrectomierten starben 8, und zwar 1 an Shok, 2 an Collaps, 1 an Sepsis, 1 an Tetanus, 3 an Anurie. Im ganzen wären also 50 % „Nierentode" zu beklagen gewesen.

Über Sondenbehandlung der Prostatahypertrophie.

Von Dr. **Artur Strauß, Barmen.**

Jede neue Behandlungsmethode der Prostatahypertrophie wurde im vergangenen Jahrzehnt mit um so größerem Interesse aufgenommen, je einfacher sie war. Denn die radikalen Eingriffe, die eine Verkleinerung des vergrößerten Organs oder seine vollständige Entfernung bezweckten, waren wegen der mit ihnen verbundenen Lebensgefahr, ihrer Mißerfolge und der Verschlimmerung des Allgemeinbefindens der ohnehin meist schon sehr geschwächten alten Leute derartig in Mißkredit gekommen, daß man von vornherein so einfachen und leicht

auszuführenden Operationen, wie die Unterbindung der beiden Arteriae iliacae ext. (Bier), die Castration (Ramm & White), die Vasectomie (Isnardi) sympathisch gegenüberstehen mußte. Aber auch hier entsprachen die Erfolge keineswegs den Erwartungen. Sie waren allzuhäufig nur vorübergehende; auch von zahlreichen Todesfällen unmittelbar nach den Operationen wurde berichtet. So starben nach der Unterbindung der Arteriae iliacae ext. 30 %. Hochgradige psychische Störungen waren nicht selten die Folge dieser Operationen. Es ist daher erklärlich, wenn der anfängliche Enthusiasmus für diese Methoden sich bereits merklich abgekühlt hat, und auch die Bottinische Operation der galvanokaustischen Incision, der man sich von allen Seiten zuwandte, scheint demselben Schicksal verfallen zu sein. Denn auch sie ist, wie sich erwiesen hat, mit beträchtlichen Gefahren verbunden und es ist unverkennbar, daß sich auch ihr gegenüber bereits ein Gefühl des Unbehagens und der Unsicherheit geltend macht. Mit Rücksicht auf diese Erfahrungen ist das Bestreben naheliegend, nach verbesserten Methoden zu suchen, welche die Notwendigkeit dieser in ihren Erfolgen so fragwürdigen Operationen nach Möglichkeit hinauszuschieben oder gar zu vermeiden imstande sind. Ältere Leute, welche über häufiges und erschwertes Urinieren klagen, damit zu vertrösten, wie es noch so oft geschieht, daß dieses eine häufig vorkommende und harmlose Altererscheinung sei, zeugt von einer für die Kranken leicht folgenschweren Unkenntnis der Symptome der Prostatahypertrophie und der Gefahren, welche sie hervorzurufen vermag. Die Ansicht, daß man erst dann zum Katheter greifen soll, wenn eine vollständige Harnverhaltung dazu zwingt, ist verkehrt, und auch die Furcht vor einer Infektion sollte nicht vor einem frühzeitigen Katheterismus zurückschrecken. Denn bei sorgfältiger Asepsis und Antisepsis kann man Infektionen vermeiden. Lehrt doch die Erfahrung, daß man über Monate und selbst Jahre hinaus einen Kranken vor einem fragwürdigen operativen Eingriff bewahren kann, wenn man schon zu einer Zeit sich des Katheters bedient, in der bei deutlich ausgeprägten subjektiven Beschwerden noch keine Harnverhaltung besteht. In diesem Stadium ist das Urinieren erschwert. Die Kranken müssen länger warten als früher. Die Kraft des Harnstrahls ist vermindert, er fällt wie von der Dachrinne herab. Das Urinieren erfolgt absatzweise. Zugleich ist die Harnmenge vermehrt. Alle diese Erscheinungen pflegen vornehmlich nachts und morgens aufzutreten, während sie, unter dem Einflusse körperlicher Bewegung, bei Tage

meist völlig wieder verschwinden. Nebenher gehen in der Regel Verdauungsstörungen. Schon in solchen Fällen kann der Katheterismus von prophylaktischer Wirkung sein (Güterbock). Entleert sich aber die Blase schon nicht mehr vollständig, d. h. ist sie in gewissem Grade bereits insuffizient, so bringt nicht selten eine einmalige vollständige Entleerung des Residualharns eine über längere Zeit andauernde, große Erleichterung, die sich darin äußert, daß die Kranken wieder seltener urinieren, daß der Harnstrahl kräftiger wird, und daß sich die subjektiven Beschwerden, wie das Gefühl der Schwere im Perineum, verlieren.

Eine bisher viel zu wenig gewürdigte Tatsache ist es, daß in diesen Stadien die dilatierende Druckwirkung der Sonde auf die vergrößerte Prostata resp. die hintere Wand der Harnröhre von großem Werte sein kann, umsomehr, wenn es gelingt, mit einem Instrumente gleichzeitig die mechanische Wirkung, die sich in einer besseren Wegsamkeit äußert, mit der Entleerung des Residualharns zu verbinden. Daß man von diesem Vorteil bisher nur wenig Gebrauch machte, dürfte namentlich auf den Mangel eines Instrumentes zurückzuführen sein, das die Eigenschaften des Katheters mit denen der Sonde vereinigt. Ein derartiges Instrument ist in meinen Spülsonden[1]) gegeben, die sich mir bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe fortgesetzt vorzüglich bewähren. Als Ersatz der komplizierten Dilatatoren ermöglichen sie in einfachster und wirksamster Art die mechanische resp. dynamische Behandlung der infiltrierten Harnröhre durch Druck unter gleichzeitiger chemischer durch nachfolgende Spülungen. Auf ihre Brauchbarkeit zur Behandlung[2]) der Prostatahypertrophie habe ich bei ihrer Empfehlung für diejenige der chronischen Gonorrhoe bereits kurz hingewiesen und ich sehe mich veranlaßt, nunmehr, nachdem ich mir reichlichere Erfahrungen gesammelt, auch des Näheren auf ihre Vorteile bei der Behandlung der Prostatahypertrophie aufmerksam zu machen.

Die Krümmung dieser Sonden nach Guyon macht sie zunächst in rein anatomischem Sinne zur Therapie dieses Leidens geeignet. Mag es sich um eine gleichmäßige oder ungleichmäßige Vergrößerung des Organs handeln, mögen die Seitenlappen oder der Mittellappen

[1]) Fabrikation: Aktiengesellschaft für Feinmechanik vorm. Jetter & Scheerer in Tuttlingen. Zu beziehen durch jedes Instrumentengeschäft.

[2]) Die Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit Spülsonden. Dermatol. Zeitschrift, Bd. X, H. 6.

Digitized by Google

hypertrophiert sein, stets ist das Orificium urethrae int. nach vorn und oben verlagert, also näher an die Schamfuge gerückt. Zugleich ist im prostatischen Teile die normale Krümmung der Harnröhre verstärkt; sie ist hier länger geworden und ihre Lichtung, besonders in der Sagittalebene, ist erweitert. Vornehmlich leidet unter diesen Prozessen die untere Wand, während die vordere nur wenig verändert ist. Es ist daher klar, daß man sich mit einem vorne nach unten abgebogenen Instrument an der vorderen Wand der Harnröhre halten kann, besonders in den ersten Stadien der Erkrankung bei noch nicht hochgradiger Vergrößerung der Drüse. Man wird falsche Wege vermeiden und bei öfterer Wiederholung eine bessere Wegsamkeit, namentlich bei der mehr glandulären, d. h. weicheren Hypertrophie herbeiführen und dadurch den Abfluß des Urins erleichtern können.

Von einer Volumsabnahme der vergrößerten Prostata kann freilich keine Rede sein. Wenn nun mit der mechanischen Erweiterung der prostatischen Harnröhre eine gleichzeitige Entleerung des Residualharns Hand in Hand geht, der eventuell noch die Injektion kleiner Mengen antibakterieller Lösungen (Argent. nitr., Protargol) oder eine Auswaschung der Blase mit Borsäurelösung folgen kann, so muß es einleuchten, daß dem Prostatiker mit meinen Sonden gerade in den früheren Stadien der Erkrankung ein wesentlicher Vorteil geschaffen werden kann, der sich nicht nur in einer Verminderung der subjektiven Beschwerden äußert, sondern auch in einer organischen Festigung der Muskulatur der Blase, und damit die Möglichkeit bietet, den Verlauf des Leidens zu mildern, Komplikationen zu verhüten und die Notwendigkeit eines operativen Eingriffes hinauszuschieben und vielleicht gar zu vermeiden.

Und in der Tat entsprechen diesen Erwägungen meine bisherigen Erfahrungen, auf Grund deren ich um so weniger die weitere Prüfung dieser Behandlungsmethode der Prostatahypertrophie zu empfehlen nicht unterlassen möchte, als ich mich nach mehrmonatlicher Beobachtung meiner Kranken davon überzeugt habe, daß die erzielten Erfolge nicht schnell vorübergehende sind. Meine Kranken standen im Alter von 52 bis 63 Jahren. Sie hatten meist kleine Mengen von Residualharn. Stets war eine Vergrößerung der Drüse nachweisbar, entweder vom Rektum, resp. Rektum und den Bauchdecken aus durch kombinierte Untersuchung, oder von der Harnröhre durch Untersuchung mit der Bougie à boule, welche zugleich über die Wegsamkeit und den Verlauf des prostatischen Teiles den sichersten Aufschluß gibt.

Die Beschwerden bestanden in vermehrtem Urinbedürfnis, namentlich nachts und morgens, in langem schmerzhaftem Pressen und mehrfach unterbrochener Miction mit geschwächter Propulsionskraft und den üblichen subjektiven Empfindungen im Perineum, in Verdauungsstörungen und hämorrhoidalen Erscheinungen, bei einigen Fällen auch in zeitweilig, namentlich nach Exzessen in Baccho und Diätfehlern, Erkältungen und Durchnässungen, auftretender Harnverhaltung. Stets verminderten sich im Verlaufe der Behandlung die Störungen. Das Urinbedürfnis wurde wieder seltener, die Kraft des Urinstrahls nahm zu, die subjektiven Symptome verringerten oder verloren sich; der Gebrauch des Katheters wurde seltener oder gar überflüssig. Das Allgemeinbefinden hob sich sichtlich; auch daß mir mehrfach Kranke, von dem Erfolge der Behandlung befriedigt, andere mit gleichen Beschwerden zuführten, bewies mir den Nutzen dieser Methode.

In der Regel habe ich die Sonden zweimal wöchentlich, unter vorhergehender Eucaïn-Einspritzung, eingeführt. Ich begann mit einer Nummer, die leicht die Pars prost. passierte und stieg ganz allmählich zu dickeren. Man muß sie ohne Gewaltanwendung gebrauchen, am besten in der Weise, daß sie sich ihren Weg möglichst selbst suchen, und sie, wenn man in die Blase gelangen will, tief senken. Nach Abfluß des Residualharns hebt man die Sonde wieder ein wenig und läßt sie so etwa 10 Minuten liegen. Eventuell, besonders bei Neigung zu katarrhalischer Erkrankung, empfiehlt sich, bevor man die Sonde entfernt, die Instillation einer 5%igen Protargollösung. Auch eine Spülung mit Borsäurelösung kann angeschlossen werden.

Von größter Wichtigkeit ist eine peinliche Asepsis und Antisepsis, die ich in folgender Weise durchzuführen rate: Bevor der Kranke sich zum Arzte begibt, nimmt er ein warmes Wannen- oder Sitzbad. In ihm hat er eine gründliche Seifenwaschung des Gliedes, namentlich der Eichel und seiner Umgebung, vorzunehmen. Nach dem Bade hat er einen Umschlag von essigsaurer Tonerdelösung um das Glied unter Bedeckung mit Guttaperchapapier zu legen, der durch eine Badehose, durch ein Suspensorium oder eine Binde fixiert wird. Vor der Einführung der durch Kochen sterilisierten und mit einem wasserlöslichen Gleitmittel[1]) schlüpfrig gemachten Sonde wird nochmals eine gründliche Reinigung der Eichel vorgenommen. Eine Kur ist in der Regel mit 2—3 Monaten als genügend zu betrachten.

[1]) Über Gleitmittel für Katheter, Bougies etc. (siehe diese Monatsschrift, Heft 1).

Wenn ich diese Behandlung der Prostatahypertrophie zur Nachprüfung empfehle, so bemerke ich ausdrücklich, daß man von ihr ebensowenig wie von der einfachen Katheterbehandlung eine Heilung erwarten kann. Aber meine bisherigen Erfahrungen berechtigen zu dem Ausspruch, daß man nie zu eilig zu operativen Eingriffen raten, sondern zunächst, wenigstens in den ersten Stadien der Erkrankung, versuchen soll, durch eine methodische Sondenbehandlung in der besprochenen Weise die Beschwerden zu heben, resp. sie prophylaktisch zu bekämpfen, eine Therapie, die mir eine dankbare Aufgabe des Arztes zu sein scheint, freilich nur nach sorgfältigster Indikationsstellung mit besonderer Rücksicht auf die Starrheit der Instrumente. Man soll sich stets vor Augen halten, daß die wesentlichste Vorbedingung einer erfolgreichen Behandlung der Prostatahypertrophie in der Vermeidung aller Ursachen besteht, die Kongestionszustände herbeiführen können und daß, ebenso wie ein unzeitiger und unrichtiger Katheterismus auch eine voreilige und ungeschickte Sondierung sowohl in der ersten wie namentlich in der späten Periode, in dem Stadium der unvollständigen Harnverhaltung mit Distension der Blase und nicht selten auch der Harnleiter, der Nierenbecken und Nierenkelche, plötzlich auftretende, folgenschwere entzündliche Zustände hervorzurufen vermag.

Sexual-Hygiene, Frauen-Proteste und Libido sexualis.

Von

Dr. Carl Alexander in Breslau.

Die vor 2 Jahren unter Neisser's zielbewusster Führung ins Leben getretene „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" hat ein aufklärendes, zur Massenverbreitung bestimmtes „Merkblatt" herausgegeben, in welchem unter voller Wahrung des Standpunktes, daß die Geschlechtskrankheiten im Wesentlichen durch die Prostituierten übertragen würden, und daß daher der außereheliche Verkehr am besten ganz zu meiden sei, doch, unter Berücksichtigung der tatsächlichen Verhältnisse, „immerhin" gewisse Vorsichtsmassregeln (Schutzmittel) beim sexuellen Verkehr als „zweckmäßig" empfohlen werden.

Gegen diese Empfehlung, ja sogar schon gegen die bloße Erwähnung derartiger prophylactischer Mittel hat sich nun im Lager der Moralisten, und insbesondere natürlich bei den Frauen, eine stürmische Entrüstung erhoben, die sich kürzlich zu einem Proteste der Vorsitzenden der „internationalen Frauen-Föderation" an den Vorstand der „D. G. z. B. d. G.-K." verdichtete[1]), in welchem es die Frauen „aufs tiefste beklagen", daß man mit Kundgebungen an die männliche Jugend herantrete, die „jeder gesunden Logik und der Erziehung zur Verantwortlichkeit auf sexuellem Gebiete entgegenstehen" und „als direkte Reklame für den Verkehr mit Prostituierten wirken". Anstatt diese Vorsichtsmaßregeln (Schutzmittel) zu empfehlen — heißt es in diesem Frauen-Protest — sei vielmehr „dringend davor zu warnen, den diesbezüglichen Anpreisungen und Versprechungen Glauben zu schenken", und sei nur absolute geschlechtliche Enthaltsamkeit, Vermeidung des Alkohols und körperliche Bewegung (Schwimmen, Wandern, Turnen, Radeln usw.) zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten zu empfehlen.

Dieser Protest und die darin zu Tage tretenden Anschauungen über den geschlechtlichen Verkehr sind aus dem seelischen Empfinden vieler Frauen heraus völlig verständlich, aber sie bedeuten eine sichtliche Verkennung gewisser Tatsachen auf sexuellem Gebiete und der wichtigsten Forderungen sexual-hygienischer Prophylaxe. Zu einer wirksamen, und vor allem zu einer schnellen Eindämmung der so ungeheuer verbreiteten Geschlechtskrankheiten reicht der Appell an die Sittlichkeit nicht aus. Eine Generation läßt sich nicht in einem Tage oder in einem Jahre so umbilden, daß sie in ihrer Gesammtheit das Prinzip der Keuscheit bis zur Ehe wahrt, während die schnell bekannt werdende Anwendung von Schutzmitteln bald viele Tausende vor den Folgen des außerehelichen Verkehrs bewahren kann.

Gegen die Empfehlung völliger geschlechtlicher Enthaltsamkeit ist an sich natürlich nichts einzuwenden; man darf aber nicht glauben, daß diese Empfehlung zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten etwas Besonderes leisten wird.

Die wesentliche Differenz der Anschauungen in diesem Punkte beruht auf der so sehr verschiedenen Bewertung

[1]) s. „Mitt. d. D. G. z. Bek. d. Geschl.-Krankheiten" Bd. II, H. 1, S. 2 u. 3. — Der Protest bildete einen Verhandlungsgegenstand in der Sitz. d. D. G. in Berlin, 6. März 1904.

Digitized by Google

der Libido sexualis, des Verlangens nach geschlechtlichem Verkehr. Daß viele Frauen diesen so wichtigen Faktor im Leben des Mannes sehr gering einschätzen und für leicht unterdrückbar halten, erklärt sich aus der großen Verschiedenheit der Geschlechter in Bezug auf die Libido sexualis. Das sinnliche Verlangen des normalen Mannes pflegt stark, das des Weibes, zum mindesten des jungfräulichen Weibes, schwach zu sein oder wenigstens viel seltener sich geltend zu machen.[1]) Bei der Frau ist ja selbst die Konzeption oft unabhängig vom Geschlechtsgefühl — wenigstens erfolgt vielfach Befruchtung ohne jede voluptas coeundi; der Mann hingegen kann seine Bestimmung als Erzeuger ohne Vermittlung der Libido sexualis, die zum Orgasmus, zur Erektion, zur Ejakulation führt, wohl schwerlich erfüllen. Das allein beweist schon, wie physiologisch und demnach auch psychologisch verschieden Mann und Weib hierin sind, und daß man in solchen Fragen nicht Beide gleich einschätzen darf, wie es die meisten Führerinnen der Frauenbewegung tun.

Nun können sie allerdings einwenden, daß sie mit ihren Anschauungen nicht allein stehen, sondern auch Männer — und Männer wie Hegar[2]), Ribbing[3]) u. a. — auf ihrer Seite finden, welche die Forderung sexueller Abstinenz bis zur Ehe energisch auch für den Mann aufstellen und diese Forderung als unschwer erfüllbar auffassen. Aber Hegar ist — und das muß bei aller Verehrung für den Altmeister der Gynäkologie betont werden — eben Frauenarzt, völlig verwoben mit dem Empfindungsleben der Frau; und Ribbing ist ein Mann im hohen Norden, wo das Blut ruhiger fließt, als im Allgemeinen bei uns, und demnach sein Beobachtungsmaterial anders geartet ist. Die Tatsache, daß Hegar, Ribbing u. a. auf eine Anzahl von Fällen hinweisen, in denen die totale sexuelle Abstinenz nichts schadete, beweist gar nichts dagegen, daß sie in andern Fällen ganz erhebliche Benachteiligung der Gesundheit hervorbringen kann. Bei solcher Beweisführung liegen

[1]) S. v. Krafft-Ebing: „Psychopathia sexualis". 8. Aufl., S. 14 u. Litzmann: „Erkenntnis u. Behandl. d. Frauenkrankh.". Berlin 1886. S. 7; desgl. O. Adler: „Die mangelhafte Geschl.-Empfindung des Weibes". Berlin, Fischer 1904.

[2]) Alfred Hegar: „Der Geschlechtstrieb. Eine sozial-medizinische Studie". Stuttgart 1894.

[3]) Seved Ribbing: „Die sexuelle Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen". Deutsche Ausgabe. Stuttgart 1898.

die Verhältnisse ähnlich, wie z. B. beim Versuch des Nachweises einer Epidemie, z. B. der Diphtherie in einer Schulklasse. Wenn zufällig ein oder zwei Ärzte Hausärzte in Familien sind, deren Kinder in diese Schule gehen und verschont geblieben sind, können sie doch daraus nicht den Schluß ziehen, daß die ganze Klasse gesund und eine Epidemie gar nicht vorhanden sei. Beweisend sind eben allein die Erkrankungsfälle, die Andere beobachtet haben. Und so stehen der Annahme Hegar's und Ribbing's von der absoluten Unschädlichkeit der sexuellen Abstinenz die gewichtigen Ansichten Erb's, v. Schrenk-Notzing's und Moll's gegenüber, die auf diesem Gebiet als Autoritäten gelten müssen. Moll[1]) sagt: „Ob der qualitativ normale Geschlechtstrieb ein unterdrückbarer Trieb ist, diese Frage wird gewöhnlich mit viel zu viel vorgeschobener Sittlichkeit an Stelle von tatsächlichem Material geprüft" . . . Besonders in den Jünglingsjahren und dem ersten Mannesalter gewinnt der Geschlechtstrieb nicht selten eine ununterdrückbare Stärke". Er zitiert bei dieser Gelegenheit auch einen alten Erfahrungsspruch der indischen Weisen: „es sei leichter, einem Tiger die Beute aus dem Rachen zu reißen, als den Geschlechtstrieb unbefriedigt zu lassen", und gleichsinnige Auslassungen sehr ernst zu nehmender Männer aus alter und neuer Zeit, um schließlich eingehend vom Standpunkt des Nervenarztes die Folgen geschlechtlicher Enthaltsamkeit in vielen Fällen zu beleuchten. Auf gleichem Standpunkte stehend, hat erst unlängst ein Mann wie Erb[2]) erklärt, „er sehe sich veranlaßt, der neuerdings immer häufiger und mit größerer Bestimmtheit aufgestellten Lehre von der vollkommenen Unschädlichkeit der Enthaltsamkeit vom Standpunkte des Nervenarztes entgegenzutreten, in Erinnerung an manche, nicht so seltene Fälle aus seinem Beobachtungskreis". Ihm ist der Geschlechtstrieb ein von der Natur dem Manne „auferlegter Zwang". Erb weist darauf hin, daß gesunde, junge Männer mit starkem Geschlechtstriebe unter der Abstinenz nicht wenig zu leiden haben und daß er auch an sexuell erregbaren Ehemännern, welche in der Ehe, um weiteren Kindersegen zu verhüten, nicht konzeptionshindernde Mittel, sondern das Prinzip späterer Enthaltsamkeit anwandten, „üble sexual-

[1]) A. Moll: „Untersuchungen über die Libido sexualis". Berlin, H. Kornfeld 1897. (s. S. 544 u. 545).

[2]) Erb: „Bemerkungen über die Folgen der sexuellen Abstinenz". Zeitschr. f. Bek. d. Geschl.-Krankh., Bd. II, H. 1 (Oktober 1903), S. 1—18.

Digitized by Google

neurasthenische Folgen" feststellen konnte. Er führt — unter Beibringung einwandsfreier Fälle aus seiner reichen Erfahrung — die verschiedenen krankhaften Störungen auf, schmerzhafte Kongestionen ad testes, lästige örtliche Beschwerden in der Urethra, am Perineum, im Kreuz, Müdigkeit, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, ganz erhebliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und der ganzen Arbeitsfähigkeit u. dgl. m., welche sich nicht etwa bloß bei nervösen Individuen, sondern, wie er ausdrücklich hervorhebt (S. 6. u. 7), auch bei gesunden Männern in wechselndem Maße geltend machen; er bespricht die „Opfer des Coelibats" (sic!) und berichtet, daß viele von den jungen Männern, welche sich aus moralischen Gründen oder unter dem Zwang der Verhältnisse oder aus Furcht vor der Prostitution der Enthaltsamkeit befleissigen, „durch den übermächtigen Trieb" der Onanie zugeführt werden (S. 5) und „dadurch wirklich krank werden". Wenn bisher erhebliche Schädigungen durch die sexuelle Abstinenz bei Männern nicht übermäßig häufig beobachtet sind, so liege das einfach darin, daß die Enthaltsamkeit eben doch nur selten von ihnen in strenger Weise geübt werde, und weil denen, die sich dadurch geschädigt glauben, der Weg zur Heilung durch den ihnen überall zugänglichen sexuellen Verkehr offen stehe. Daß die Enthaltsamkeit absolut unschädlich sei, wie die Moralisten und auch manche Ärzte so gern glauben machen möchten, ist für Erb „unannehmbar".

Auf ähnlichem Standpunkte stehen v. Schrenk-Notzing[1]), dem man doch auch besondere Erfahrung in diesen Dingen nicht absprechen kann, Porosz[2]), welcher über Fälle von schwerer Neurasthenie durch sexuelle Abstinenz berichtet, Fürbringer[3]), der von der „lindernden" und „den Organismus erfrischenden Wirkung" des Coitus in gewissen Fällen von Neurasthenie berichtet, Moll[4]), Eulenburg[5]) u. a. m. Ja, Féré-Bicêtre[6]) erzählt sogar von sexuellen Reizzuständen durch allzulange Enthaltsamkeit, die bis zu heftigen epileptischen Anfällen

[1]) v. Schrenk-Notzing: „Kriminalpsychologische und psychopathologische Studien". Leipzig, J. A. Barth 1903.

[2]) Porosz: „Ueber das Wesen der sexuellen Neurasthenie". Monatsh. f. prakt. Dermatol. v. 1./III. 1903.

[3]) Fürbringer: „Die Störungen der Geschlechtsfunktion des Mannes" (s. S. 6 u. S. 56). Wien, Hölder 1895.

[4]) Moll: l. c.

[5]) Eulenburg: „Sexuale Neuropathie". Leipzig 1895.

[6]) Féré-Bicêtre: s. „Guyon's Annales des mal. des org. génito-urinaires" 1903. Heft 3.

führten und nur durch regulären geschlechtlichen Verkehr zu beseitigen waren. — Und gegenüber solchen Tatsachen, gegenüber ernsten Arbeiten von Männern, deren Name Klang hat in der Wissenschaft, spricht Fräulein Anna Pappritz[1]) von einer „vermeintlichen Schädlichkeit der Enthaltsamkeit" und davon, daß die Lehre von der Schädlichkeit der sexuellen Abstinenz ein „verderblicher Aberglaube" sei, und hält die Vorsitzende der internationalen Frauen-Föderation eine Kundgebung (der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten), welche mit der schweren Unterdrückbarkeit des Geschlechtstriebes beim Manne rechnet und darum zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten auf prophylactische Schutzmittel hinweist, für „jeder Logik entgegenstehend".[2])

Das Argument, auf welches die Frauen und ihre Kampfgenossen zum Beweise ihrer Anschauungen und zur Bekräftigung ihrer allgemeinen Keuschheitsforderungen sich im Wesentlichen stützen, ist der Hinweis auf die Verhältnisse bei der katholischen Geistlichkeit. Aber mit Unrecht! Es soll hier gar nicht einmal in Betracht gezogen werden, daß die absolute Keuschheit dieser Priester — Ehelosigkeit und Keuschheit sind ja nicht identische Begriffe — vielfach arg angezweifelt wird[3]), daß man sie sexueller Perversitäten, zum mindesten der Onanie, verdächtigt, und daß ja dieserhalb auch Luther[4]) seiner Zeit das Coelibat als eine Forderung, die Unnatürliches, fast Unmögliches verlangt, verwarf. Wir wollen einmal annehmen, daß all diese Vorwürfe übertrieben oder gar ganz unbegründet seien; so ergibt sich doch zunächst, daß zur Wahl eines Berufes, der zum Coelibat zwingt, überhaupt meistens nur Personen geneigt sind, die schwächere Triebe haben. Ferner aber mögen, da eine solche Entschließung schon in

---

[1]) Anna Pappritz: „Reglementierung der Prostitution". (Zeitschr. f. Bek. d. Geschl.-Krankh., Bd. I, Heft 4 (s. d. S. 371).

[2]) S. „Eingabe der Vors. d. internat. Föder.": Mitt. d. D. G. z. B. d. Geschl.-Krankh., Bd. II, H. 1 (1904), S. 3.

[3]) S. darüber: Ferd. Heigl: „Das Coelibat". Berlin, H. Bermühler 1902; desgl. F. Steingiesser: „Das Geschlechtsleben d. Heiligen". Ein Beitr. z. Psychopathia sex. der Asketen u. Religiosen. Berlin, H. Walther 1902; desgl. „Das Weiberregiment in Pfarrhäusern". München, O. Th. Scholl 1902.

[4]) Luther sagt: „Wer nun dem Naturtrieb wehren will und nicht lassen gehen, wie Natur will und muß, was tuet er anders, denn er will wehren, daß Natur nicht Natur sei, daß Feuer nicht brenne, Wasser nicht netze, der Mensch nicht esse, noch trinke, noch schlafe." (Luthers ges. Schriften.)

früher Jugend erfolgt, die gesamten erzieherischen Einflüsse in einer ganz eigenartigen Umgebung und unter ganz besonderen Verhältnissen, wie sie im Konvikt, im Seminar, im Kloster obwalten, wohl die Wirkung haben, das Geschlechtsgefühl, beziehungsweise seine Betätigung mehr und mehr zurückzudrängen. Aus dieser allmählichen erzieherischen Einwirkung im Sonderfalle folgt aber nichts für die Unterdrückbarkeit des Triebes bei Anderen, die solche Einwirkung nicht erfahren haben[1]). Nun gibt es auch außerhalb des geistlichen Standes zuweilen unter Männern sogenannte „Naturae frigidae". Für diese wäre es freilich leicht, die goldene Tugendrose — wenn diese an Männer verliehen werden würde — zu erringen. Aber sie dürften sich dessen ebensowenig rühmen wie der Asbest, daß er nicht Feuer fängt, weil er eben keinen Brennstoff in sich hat. — Man wird einwenden, daß auch, außer diesen naturae frigidae, sich Männer finden, deren Blut schneller durch die Adern rollt, die aber doch, von gewissen Ideen beherrscht, im Stande sind, selbst einen so mächtigen Trieb, wie den Geschlechtstrieb, abzulenken und sogar der Onanie fernzubleiben. Zweifellos! Nur betrachte man solche Personen nicht für das Normale! Sie stehen gleichsam im Banne einer gewaltigen Auto-Suggestion, sie sind „ethische Übermenschen". Ihre „Leistungen", ihre Triumphe hinsichtlich der Beherrschung eines mächtigen Naturtriebes dürfen wir nicht zur Richtschnur unseres Vorgehens machen, wenn es sich um den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten im ganzen Volke handelt, ebensowenig, wie ein vernünftiger Schullehrer nach den Leistungen eines Genies die Durchschnittsanforderungen an seine Klasse stellen wird. Für uns kann nur der Normalmensch, der Durchschnittsmensch, in Betracht kommen; dieser wird die Libido sexualis umsoweniger lange überwinden können, als sie durch einen physiologischen Zustand bedingt ist. Der Geschlechtstrieb stellt die teils unmittelbare (Detumescenz), teils mittelbare (Kontrektation) Funktion eines Organs dar[2]). Das primäre Motiv für den Geschlechtsakt ist häufig ein organischer Zustand eines bestimmten Körperteils; die Vorstellungen und Lusterwartungen sind erst das sekundäre Moment, die jenes erste nur so in den Hintergrund drängen, daß sie dem Bewußtsein als das wahre Motiv erscheinen. Wer also den Geschlechtsakt ausübt, sucht, ohne daß er

---

[1]) Vgl. darüber: A. Moll, l. c. S. 544/545.

[2]) Vgl. darüber A. Moll: l. c. Bd. I, S. 10 ff. u. S. 540 ff.

es weiß, einen körperlichen Zustand zu ändern, der ihn peinigt. Das Unlustgefühl bei Füllung der Samenblasen ist mitunter auch beim normalen Menschen so stark, daß diese unter allen Umständen beseitigt werden muß, wenn der Betreffende überhaupt noch für Anderes Gedanken haben soll. M. Jastrowitz geht sogar soweit, „die Pein, die Geißel, mit der die Natur die Wesen während der Vollreife (zur Erfüllung des Zweckes der Fortpflanzung) antreibt", auf einen im Blute kreisenden Stoff, das „Cytotoxin", zurückzuführen und diese Behauptung mit Gründen aus der Tier- und Menschen-Physiologie und -Pathologie zu stützen[1]). Inwieweit höhere seelische Empfindungen und Äußerungen im Geschlechtsverkehr zwischen Liebenden mit den vorerwähnten organischen Zuständen sich verbinden, um das Bild der Libido sexualis zu komplizieren, das gehört nicht hierher, weil ja hier, wo es sich um sexuelle Prophylaxe handelt, gerade der außereheliche, nicht der an eine einzelne geliebte Person geknüpfte Verkehr zur Grundlage der Besprechung gemacht werden muß. Immerhin ist es wichtig, darauf hinzuweisen, daß auch im echten Liebesleben die Sinnlichkeit als so gewaltiger Faktor auftritt, daß sie häufig die größten Divergenzen in den geistigen Funktionen, im Denken und Fühlen der Beteiligten ausgleicht.

Daß die Sinnlichkeit sich bedeutend herabdrücken läßt und daß hier Ablenkung jeder Art, Sport, körperliche Übungen, Fernhalten erregender Bilder und Bücher eine gewisse Rolle spielen, ist ohne Weiteres zuzugeben. Aber falsch ist die, in dem eingangs besprochenen Frauen-Proteste zum Ausdruck gelangte Annahme, durch solche Mittel den Geschlechtstrieb ganz unterdrücken zu können, worauf es im vorliegenden Falle doch allein ankäme. Bekanntlich pflegen z. B. Matrosen auf langer Meeresfahrt, welche ihnen gewiß körperliche Übung genug bietet und ihnen nicht Gelegenheit gibt, viele sinnlich erregende Vorstellungen auf sich wirken zu lassen, sehr unter langer geschlechtlicher Enthaltsamkeit zu leiden und körperliche Zustände zu bekommen, die man mit einem zwar nicht sehr schönen, aber sehr treffenden Worte als „Samenkoller" bezeichnet. Ich erinnere mich der Erzählung eines mir befreundeten Schiffsarztes, der in der Nähe einer chinesischen Hafenstadt auf Wunsch des Kapitäns direkt ans Land mußte, um aus

[1]) Max Jastrowitz: „Einiges über das Physiologische u. über die ärztliche Beurteil. der außergewöhnlichen Handlungen im Liebesleben des Menschen". Vortr. im Ver. f. innere Medizin, Berlin, 22. Juni 1903. Referat Berl. Kl. W. 1903, Nr. 33.

Digitized by Google

einem chinesischen Freudenhause eine Anzahl Mädchen für die Seeleute herüberzuholen, weil sie in großer Zahl infolge der langen sexuellen Abstinenz in ihrem ganzen Gebahren so verändert waren und sich so grobe Ausschreitungen, Gehorsamsverweigerungen u. dgl. zu schulden kommen ließen, daß ein normaler Betrieb auf Schwierigkeiten stoßen mußte. Die Sicherheit der Diagnose ergab sich aus der Tatsache, daß die Befriedigung des Geschlechtstriebes Alles wieder in Ordnung brachte. Auch bei wilden Volksstämmen kann die überreichliche körperliche Übung und der Mangel jeglicher sinnlich reizenden Lektüre das oft mit elementarer Gewalt hervorbrechende Verlangen nach Frauen so wenig unterdrücken, daß z. B. in Breslau vor einigen Jahren der frühere Direktor des Zoologischen Gartens, in welchem Angehörige eines afrikanischen Volksstammes gastierten, für mehrere Männer, die keine Frauen mit hatten, Prostituierte herbeischaffen mußte, weil sie erklärten, ihren derzeitigen quälenden Zustand nicht weiter ertragen zu können.

Solche Tatsachen beweisen, daß der alte Satz des Horaz: „naturam expellas furca, tamen usque recurret" gerade in Bezug auf den Geschlechtstrieb seine vollste Geltung sich bewahrt, und daß es eine Selbsttäuschung ist, wenn man meint, durch irgend welche schönen Reden oder Vorschriften diese mächtige Naturgewalt bei Anderen ganz überwinden und ausschalten zu können.

Zuzugeben ist freilich, daß unsere männliche Jugend in der Betätigung des Geschlechtstriebes sich etwas mäßigen könnte, daß vor Allem der allzureichliche Alkoholgenuß den natürlichen Trieb ins Unnatürliche steigert, und daß auch bei der Leidenschaft die „Macht des Feuers sich bezähmen und bewachen läßt." Offen bleibt aber dabei die Frage, wie lange der Einzelne sich geschlechtlich-abstinent halten kann, bezw. wie hoch man die Forderungen hinsichtlich der Länge der Zeit stellen darf. Jedenfalls dürfte das Verlangen absoluter Keuschheit bis zur Ehe heutigen Tags, wo der Zeitunterschied zwischen dem Eintritt der Mannbarkeit und der materiellen Möglichkeit einer Eheschließung so groß ist, wohl theoretisch zu stellen sein, aber praktisch unerfüllt bleiben. Somit tragen einen Teil der Schuld an dem außerehelichen Verkehre die sozialen Verhältnisse; diese sind so schnell nicht zu ändern; umsomehr müssen wir mit den Tatsachen rechnen. Die Bestrebungen der Frauen, die jungen Männer, um ihnen die Wahrung der Keuschheit bis zum Ehebette zu ermöglichen, zu sehr zeitiger Verheiratung zu veranlassen, sind unter den heutigen Lebens-

bedingungen sogar zu bekämpfen. Nicht die „sinnliche Not" soll die Ehe hervorbringen. Die Ehe soll die bewußte Tat freier Menschen sein und auf reiflicher Erwägung beruhen. Klaren Geistes, nicht gepeinigt durch die Libido sexualis, muß der Mann den Entschluß fassen, der der wichtigste des Erdendaseins zu sein pflegt. Auch der Staat hat ein besonderes Interesse daran, daß nicht Ehen unüberlegt, ohne Prüfung der Frage, woher der nötige Lebensunterhalt geschaffen werden soll, geschlossen werden[1]); denn solche nur „unter dem Zwange des Naturgesetzes geschlossene Ehen führen nur zu einer Vermehrung des Volkes um Elemente, deren aus Not unterbliebene Erziehung und aus einer freudlosen Jugend entspringende staatsfeindliche Gesinnung sie zu gefährlichen Gegnern der Gesellschaft macht." (Severus[1]).

Im Übrigen ist die Annahme, daß die Ehe, wie es von Rechtswegen sein sollte, jegliche Gefahr geschlechtlicher Erkrankung ausschließt, leider sehr irrig. Eine Statistik der Neisser'schen Poliklinik in dieser Hinsicht ergibt, daß 27% aller Geschlechtskranken verheiratet waren; und Nachforschungen, die ich selbst bezüglich der Tripperkranken in meiner Privatpraxis anstellte, brachten mir ähnliche Zahlen, nämlich 22,5% Verheiratete. Diese Tatsachen sind unendlich traurig, aber sie verlangen in der Frage sexueller Prophylaxe durchaus Berücksichtigung. Der Arzt darf sich auf den Standpunkt, den auch z. B. die früheren Krankenkassen-Bestimmungen vertraten, daß nämlich geschlechtliche Erkrankung nur eine gerechte Strafe für begangene Sünden sei, nicht stellen; er soll Krankheiten heilen und Erkrankungen vorbeugen. — Ich will jene geschlechtskranken Ehemänner durchaus nicht freisprechen, am wenigsten diejenigen, die sinnlose Trunkenheit alle Pflicht vergessen ließ und auf schlimme Abwege führte. Aber nicht immer trägt alle Schuld der Alkohol! — Wenn man nicht mit der Miene des Staatsanwalts oder der Stimme des Sittenpredigers, sondern mit dem Grundsatze „Nihil humani a me alienum puto" das Vertrauen der Patienten sucht, dann wird man hören, daß es oft die eigene — Frau ist, die den Mann in andre Arme treibt. Und das muß einmal gesagt werden gegenüber jenen Frauen, die sich nicht hoch genug in ihrem Sittlichkeitswahn über

[1]) Vgl. darüber: Dr. Heinrich Severus: „Prostitution u. Staatsgewalt". Dresden, C. Weiske's Verlag 1899.

Digitized by Google

den Mann erheben können und alle Schuld an allem Unglück den Männern allein zuwälzen. Wenn eine Frau einen Ehemann, der, nach gutem Diner und Sekt (bei den oberen Klassen) oder nach reichlichem Schnapsgenuß in der Kneipe (bei den unteren Ständen) nach Hause zurückkehrend, ihre Hingabe verlangt, schroff zurückweist, so ist das ihr gutes Recht, ja sogar ihre Pflicht, wenn sie nicht minderwertige Kinder in die Welt setzen will. Aber von diesen Fällen abgesehen, bleiben leider noch sehr viele übrig, in denen die Frau ohne jeden Grund, aus sexueller Apathie oder gar sexuellem Widerwillen oder aus Herrschsucht und Laune einen Mann, der sie liebt, wiederholt zurückweist und sich sogar nicht scheut, ihre „allzu moralischen" Grundsätze vor Anderen auszusprechen und zu sagen, ihr Mann solle sie bloß in Ruhe lassen und im Übrigen sich anderswo „amüsieren". Und wenn das in den sogenannten Kreisen der guten Gesellschaft passiert, darf man sich nicht wundern, wenn in unteren Kreisen Ehefrauen ihren Männern sogar Geld aus ihren Ersparnissen geben, damit sie zu Prostituierten gehen können, wofür ich selbst beweisfähige Fälle habe. Solche Frauen sind in unsern Tagen viel häufiger anzutreffen, als man gemeinhin annimmt. Selbst ein Seved Ribbing, der in seiner „Sexuellen Hygiene" den Männern gehörig den Text liest und für die Frauen eintritt, kann diesen Vorwurf den Frauen nicht ersparen[1]); er beruft sich hierbei nicht bloß auf Fälle aus eigner Erfahrung, in denen Frauen ganz ungeniert ihr angebliches Recht erklärten, nach eigenem Gutdünken ihrem Gatten das eheliche Zusammenleben zu verweigern, sondern auch auf das Zeugnis von W. Acton, der, wie Ribbing sagt, „die medizinischen Seiten des Sexuallebens besonders eingehend studiert hat und in einer wissenschaftlichen Arbeit die vielen Frauen geißelt, die sich selbst nur als Märtyrerinnen ansehen, wenn die Männer von ihnen die Erfüllung ihrer ehelichen Pflichten begehrten[2])." Solches Gebahren kann einen Mann, und gerade den Mann, der liebt und nicht bloß immer Opfer gebracht sehen will, nicht fesseln. Der Mann ist von Natur aus in Bezug auf das Weib „Polytheist" und geneigt, viele „Göttinnen" zu haben; der hohe Beruf seiner Gattin ist es, ihn zum „Monotheisten" umzuwandeln. So muß sie ihm Göttin, aber auch Priesterin der Liebe zugleich sein; nur diejenige, die

[1]) S. Ribbing: „Sexuelle Hygiene". Deutsche Ausgabe. (Stuttgart. Hobbing u. Büchle 1898, s. dort S. 55—58).

[2]) W. Acton: „On the reproductive organs. 6th. edit. London (Churchill). S. 142.

Digitized by Google

in voller Hingabe als Liebes-Priesterin ihres Amtes innig waltet, wird auch das heilige Feuer im Herzen ihres Mannes sich hüten und bewahren. Daß aber viele Frauen, zu eigenem Unglück, diesen Beruf nicht erfüllen und nicht verstehen, liegt im Wesentlichen an den unsinnigen Vorstellungen über sexuelle Dinge, die unsern Töchtern von ihren Müttern und Schwestern eingeimpft werden. Da wird der Braut überhaupt nichts von dem, was ihrer in der Ehe harrt, gesagt, als wolle man ihr gleichsam ein großes bevorstehendes Unglück möglichst verschweigen; da wird, wenn man sie wirklich etwas vorbereitet, der eheliche Verkehr als eine notwendige Pflicht, als ein unabweisbares Uebel, das man nun einmal mit in den Kauf nehmen müsse, hingestellt, nachdem sie, aufgewachsen in einer jeder sexuellen Erörterung feindlichen Umgebung, wohl selbst schon früher in den Bann der Vorstellung geraten ist, daß alles Geschlechtliche an sich „unsittlich" sei. Und so wird ihr der Akt, der

„Das Pfand sein sollte für des Herzens Sprache,
Der Liebe Frühlingsblüte, wie der Seligkeit
Erfüllter Traum, das Bild der Seeleneinheit" (Robert Burns)

von der ersten Nacht an verleidet, verleidet durch falsche Erziehung, durch falsche Lebensanschauungen, durch eine falsche Richtung, die man ihrem ganzen Denken und Empfinden gegeben, statt sie in geeigneter Weise vertraut zu machen mit dem Gedanken des Liebessehnens, welches die ganze weite Natur beherrscht, mit der Großartigkeit eines Schöpfungstriebes, so mächtig, daß er „von der Zeiten Urbeginn an selbst die von Hunger gegeneinander gehetzten Individuen zwang, sich zueinander zu finden zu innigster Gemeinschaft und zu immer höheren Formen sich zu entwickeln."[1])

Es ist jetzt in der Frauenlitteratur, da wo es sich um Geschlechtsprobleme handelt, so viel von einer „Verfeinerung der sexuellen Ethik" die Rede; und Anna Pappritz, eine der Ruferinnen im Streit, empfiehlt diese „Verfeinerung der sexuellen Ethik" auch als Hauptmittel gegen die Prostitution[2]) und gegen eine ihrer Folgen, die Geschlechtskrankheiten. Wenn es den Damen Ernst ist mit diesen Dingen, dann mögen sie einmal im eigenen Lager in der eben angedeuteten Richtung anfangen! Dann werden sie vielen Frauen

[1]) Wilh. Bölsche: „Liebesleben in der Natur". 1901.

[2]) Anna Pappritz: „Die Reglementierung der Prostitution". Zeitschr. f. Bek. d. Geschl.-Krankh. 1903. Bd. I, H. 4.

das Glück der Ehe und die Liebe ihrer Männer erhalten und der Prostitution die geldkräftigsten (denn die Ehemänner sind zumeist besser situiert als die jungen Leute) und dieserhalb auch begehrtesten Elemente entziehen. Bei dieser Arbeit werden sie aber bald merken, daß nicht bloß Gesetz und Rechte, sondern mehr noch alteingewurzelte Empfindungen sich wie eine ewige Krankheit forterben, und daß es langer, sehr langer Zeit bedarf, sie umzuwandeln; und dann werden sie billiger Weise auch nicht von Männern verlangen können, daß diese ganzen Generationen in ein oder zwei Jahren völlig umbilden und mit „verfeinerter sexueller Ethik" erfüllen. Daraus aber wieder folgt für alle diejenigen, die eine schnelle Eindämmung so gefährlicher Volksseuchen, wie Tripper und Syphilis, ins Werk setzen wollen, die Notwendigkeit einer sexuellen Prophylaxe durch Empfehlung von Schutzmitteln zur Verhütung dieser Krankeiten. Eins ist hierbei zuzugeben: Die Reklame, die mit verschiedenen dieser Mittel getrieben wird, die Art, wie sie der Jugend angepriesen werden, ist direkt widerlich und auf das Schärfste zu bekämpfen: und wenn in jenem eingangs erwähnten Frauen-Proteste die Forderung erhoben wurde, daß eine Gesellschaft, wie die „Deutsche Ges. z. Bek. d. Geschlechts-Krankheiten, sich nicht dazu hergeben dürfe, diese unwürdige Geschäftsreklame gewisser Schutzmittel-Fabrikanten zu unterstützen, so kann man dem nur beipflichten. Die sexuelle Prophylaxe soll nicht Gegenstand eines einträglichen geschäftlichen Großbetriebes werden; sie ist Sache des Arztes, und wie auf allen Gebieten der Hygiene, soll auch hier er der „Führer der Völker" (Gladstone) sein oder wenigstens es zu werden trachten!

II. Referate.

Welche Bedeutung hat die Thompson'sche Zweigläserprobe für die Lokaldiagnose der Erkrankungen der Harnwege? Von Walter Schneider. (Dermatologisches Centralblatt VII. Nr. 2).

Für diagnostische Zwecke bei Erkrankungen der Urethra erweisen sich die Thompsonsche Zweigläserprobe und ihre von Jadassohn u. a. angegebenen Modifikationen als mangelhaft und irreführend, wogegen die Untersuchung des Expressionsßekretes und die Palpation der Adnexorgane zuverlässige, exakte Resultate ergeben. Aus seinen Untersuchungen zieht der Verfasser folgende Schlüsse: Bei Anstellung der Thompsonschen Zweigläserprobe bedeutet eine zweite eitrigtrübe Harnportion eine Erkrankung oberhalb des Kompressors (Urethritis posterior, Prostatitis, Spermatocystitis,

Pyelitis). Eine zweite klare und fadenfreie Harnportion schließt nicht mit Sicherheit das Bestehen einer Urethritis posterior und ihrer Komplikationen (Prostatitis und Spermatocystitis) aus. Bei Erteilung des Ehekonsenses ist eine Untersuchung des Prostataexpressionssekretes auch bei ganz klarem Harn nie zu unterlassen, wenn gonorrhoische Antezedenzien vorliegen.

Schourp-Danzig.

v. Frisch: Ein Fall von Carcinom der Bartholinschen Drüse. (Monatsschr. f. Geb. u. Gynaek. Bd. XIX. H. 1.)

77 jährige Frau, die 8 mal geboren, mit blumenkohlartigem Tumor von mäßig derber Konsistenz, aus mehreren Lappen zusammengesetzt, leicht blutend, nicht schmerzhaft. Derselbe sitzt breit der Scheide auf, hebt sich jedoch deutlich von der anscheinend gesunden Unterlage ab, ziemlich gut verschieblich. In Abdomine sonst nichts abnormes. Inguinaldrüsen beiderseits, hauptsächlich auf der betreffenden Seite geschwellt. Abtragung des Tumors mit Schleich'scher Anaesthesie mit Basis und der rechten Nymphe, Vernähung der Scheidenschleimhaut an die äußere Haut. Glatte Heilung. Der Stiel des Tumor ist ziemlich derbes, weiß glänzendes Bindegewebe, der Tumor selbst repräsentiert sich schon makroskopisch als Papillom. Mikroskopisch zeigt sich, neben verschiedenen Stadien der Entzündung und Granulationswucherung im Bereiche des Stiels, die Neubildung in der Hauptsache als einfaches Papillom, jedoch sind an einzelnen Stellen deutliche Zeichen einer carcinomatösen Entartung zu beobachten. An der Basis der Geschwulst findet sich eine hanfkorngroße von Epithel ausgekleidete Cyste, die Verf. als Rest des Bartholinschen Organs auffaßt. Er hält die Neubildung für ein dem Zottenkrebs der Blase ähnliches Papillom, das wohl vom Ausführungsgang der Drüse ausgegangen ist. Lepman-Stuttgart.

E. Nettleship: Über Augenveränderungen bei Nierenerkrankungen (British Med. Assoc., Swansea, Juli 03; nach den Berichten in: Klin. Mon.-Bl. f. Augenheilk. 04, Jan. und Ophth Klin. 04 Nr. 1).

Die Prognose der Retinitis albumin. quoad vitam ist bei Schwangerschaftsnephritis günstiger als sonst. Von diesen Fällen lebten 41 %, sonst bei Retin. album.: 22% noch 2 Jahre oder länger nach Beginn der Retinitis.

Auftreten meist erst nach wiederholten Schwangerschaften. Eine in der 1. Schwangerschaft aufgetretene Retin. album. braucht sich bei den ferneren Schwangerschaften nicht zu wiederholen.

Die Retin. album. kommt im allg. meist zwischen dem 50. und 60. Jahre vor. Die Prognose quoad vitam ist besser nach dem 55 Jahre.

Drucker-Stuttgart.

Ruth Bré: Ist erzwungene, unfreiwillige Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit für das gesunde, normale Weib schädlich? (Deutsche med. Presse Nr. 4.)

Der Aufsatz enthält eine kurze Zusammenfassung des Buches derselben Verfasserin: „Das Recht auf die Mutterschaft". Im Aufsatz sind zuerst 8 Beispiele von erkrankten Frauen angeführt, deren Krankheit auf Enthaltsamkeit oder Kinderlosigkeit, oder auch nur auf Kinderlosigkeit zurückzuführen sein soll. Im weiteren beruft sich Ruth Bré auf Runge („Das

Weib in seiner geschlechtlichen Eigenart"), auf Kraft-Ebing und Erb. Das ganze richtet sich gegen Frl. Dr. Bluhm, und eine Polemik gegen dieselbe füllt den übrigen Teil des Aufsatzes aus. Frl. Dr. Bluhm ist in Nr. 3 der „Frauenbewegung" obigen Anschauungen entgegengetreten und weist darauf hin, daß es absolut nicht feststeht, inwieweit erzwungene Enthaltsamkeit die direkte Ursache für Geisteskrankheiten abgeben kann, und daß wir jedenfalls sagen dürfen, daß der Verzicht auf die Mutterschaft nicht imstande ist, sogenannte Frauenleiden hervorzurufen.

Nach Ansicht des Referenten schießen beide über das Ziel hinaus: die Bré, wenn sie organische Erkrankungen, wie Uterusmyome, Uteruscarcinom und Eierstocksgeschwülste, Mammacarcinom auf erzwungene Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit zurückführt und somit Zusammenhänge konstruiert, für die medizinisch auch nicht die geringste Unterlage vorhanden fst; die Dr. Bluhm, wenn sie Hysterie, Neurasthenie und selbst Psychosen nach erzwungener Enthaltsamkeit leugnet. Ob auch die erzwungene Kinderlosigkeit das Nervensystem schädigt, wie Ruth Bré behauptet? Referent gibt die Möglichkeit zu, aber in einem anderen Sinne. Nicht die Kinderlosigkeit an sich, sondern die in den Ursachen der erzwungenen Kinderlosigkeit liegenden schädlichen Momente disponieren zu Nervenerkrankungen: die erzwungene Enthaltsamkeit und die Anwendung der anticonceptionellen Mittel und Maßnahmen. Dr. Bernstein-Cassel.

Agnes Bluhm: Ist erzwungene, unfreiwillige Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit für das gesunde normale Weib schädlich? Zur Erwiderung hierauf! (Deutsche Medizinische Presse. 1904. Nr. 4 und 5.)

In vorliegenden Abhandlungen handelt es sich um einen recht unfruchtbaren Streit über ein Doktorthema, ob nämlich die erzwungene Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit der Frau schädlich auf dieselbe wirkt oder nicht. Ersteres behauptet Ruth Bré, letzteres Dr. Agnes Bluhm. Ihre Behauptungen sucht die zustimmende Autorin durch eine Reihe nicht gerade sehr glücklich gewählter Beispiele und persönlicher Erfahrungen zu stützen, und es ist daher für die dialektisch scharfe und die wissenschaftlichen Blößen ihrer Widerpartnerin leicht erspähende Ärztin ein leichtes, sie abzuführen. Die Ausführungen der Verfasserin von „Das Recht auf Mutterschaft" sind allerdings in obigen Essays so oberflächlich gehalten, daß sie zur scharfen Abwehr nötigen, und man es Kollegin Blum nicht verargen kann, wenn an einzelnen Stellen die Ruhe der Objektivität sie verläßt. In der Sache selbst möchte ich mich allerdings mehr zu der Annahme neigen, daß enge Beziehungen zwischen dem unbefriedigten Geschlechtsleben der Frau und psychischen Erkrankungen in vielen Fällen bestehen.

J. Marcuse, Mannheim.

Dr. Weik in Stuttgart: Über gonorrhoische Arthritis. (Medizinisches Correspondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins. 1904, Nr. 7 und 8.)

Verfasser schildert einen Fall von schwerer gonorrhoischer Allgemeininfektion eines syphilitischen jungen Mannes. Nach profusem, 2 Stunden anhaltenden Eiterabgang aus der Urethra traten 14 Tage nach der Infektion

Schmerzen im rechten Fußgelenk mit entzündlichem Oedem im periartikulären Gewebe auf. Trotz Ruhigstellung und Wärmeapplikation, Stauungshyperaemie etc. kam es zur Ulceration und einer phlegmonösen Zellgewebsnekrose. Dabei bestand dauernd Fieber. Nach 10 Wochen kam noch eine Epididymitis und Funiculitis mit sehr hohem Fieber dazu, die nach 4 Wochen recidivierte. Schließlich kam die Gonorrhoe und ihre Komplikationen zur Heilung. Das erkrankte Fußgelenk blieb steif, jedoch bestand keine knöcherne Ankylose, sondern die Steifigkeit beruhte auf Verdickungen der Gelenkkapsel und Verstärkungsbänder und auf dem Vorhandensein fibröser Adhaesionen. Im Anschluß an diesen schweren Fall berichtet Verf. kurz über einige leichter verlaufene Fälle von gonorrhoischer Arthritis und rühmt für die Behandlung derselben die Immobilisation, die Bier'sche Stauungshyperaemie und die lokale Wärmeapplikation. Immerwahr-Berlin.

III. Besprechungen.

Wider das dritte Geschlecht. Ein Wort zur Aufklärung über die konträre Sexualempfindung und die Abschaffung des § 175 des R.-St.-G.-B. nach Frau Marie Anderson. Zweite, gänzlich neubearbeitete Ausgabe von Rudolf Quanter. Hugo Bermühler Verlag, Berlin. Preis Mk. 1,50. 104 Seiten.

Die vorliegende Broschüre bekämpft die Aufhebung des § 175 des Straf-Gesetzbuches, der u. a. die widernatürliche Unzucht zwischen Männern bestraft. Sie tritt für die Neuanschaffung eines Paragraphen ein, der die verminderte Zurechnungsfähigkeit berücksichtigen soll und meint, dass dieser bei Homosexuellen Anwendung finden dürfe. Die Broschüre tritt weiter für die Einsperrung der unzurechnungsfähigen und der vermindert zurechnungsfähigen Homosexuellen ein; letztere sollten solange in der Anstalt bleiben, bis sie geheilt sind, erstere für immer. Dr. Albert Moll.

Havelock Ellis: Das Geschlechtsgefühl. Eine biologische Studie. Autorisierte deutsche Ausgabe von Hans Kurella. Würzburg 1903. A. Stuber. 5 Mark.

Drei ausführliche Studien setzen das Buch zusammen. Die erste und wichtigste enthält eine Analyse des Geschlechtriebes. Die Auffassung desselben als einfachen Entleerungstriebes wird verworfen. Molls Theorie eines „Detumescenztriebes", der nach Entspannung der Sexualorgane drängt, neben einem „Kontrektationstrieb", d. i. dem körperlichen und seelischen Verlangen nach einem Individuum des anderen Geschlechtes, wird wohl anerkannt, befriedige aber nicht ganz. Der Verfasser erörtert sodann zunächst die Tatsachen der Liebeswerbung bei Tieren und Naturmenschen, die Zuchtwahl Darwins, insbesondere die Rolle heftiger Körperbewegungen, wie des

Tanzes, der bei den Vögeln wie Naturvölkern das wichtigste Erregungsmittel des Geschlechtstriebes darstellt. Er kommt zu dem Schlusse, daß es sich allerdings um zwei Komponenten handle, aber nicht voneinander unabhängige (Moll), sondern um zwei einander folgende Stadien. Im ersten wird durch innere und äussere Reize der ganze Organismus mit nervöser Energie geladen, der Sexualapparat kongestiv durchblutet — „Tumescenz"; im zweiten Stadium findet unter starker Erregung die sexuale Entladung statt — „Detumescenz".

Die zweite Abhandlung beschäftigt sich mit dem Thema: „Erotik und Schmerz". Auch hier steigt Ellis mit Erfolg zur Tierbeobachtung als Quelle auch für die Psyche des Menschen herab. Die Kämpfe unter den Männchen und zwischen Männchen und Weibchen verschiedener Tierarten werden analysiert und hier der natürliche Zusammenhang zwischen Erotik und Schmerz aufgedeckt. Es folgt eine feine psychologische Zergliederung der Begriffe Sadismus und Masochismus, ausgehend von der Lebensbeschreibung der beiden unfreiwilligen Namengeber. Fälschlich werden beide sexuelle Abnormitäten vielfach als Gegensätze aufgefasst; besser sind sie einheitlich als „Algolagnie" (Eulenburg) zu verstehen, wie sie denn oft genug sich beide in einem Individuum, z. B. gerade in de Sade, finden. Ferner werden aber eingehend die erotischen Beziehungen des Peitschens beziehungsweise Gepeitschtwerdens, Würgens und Gewürgtwerdens erörtert; es handelt sich um Dinge, die Zorn und Furcht darstellen und erregen, Zorn aber steht der männlichen, Furcht der weiblichen Geschlechtserregung psychisch nahe und sind geeignet, sie hervorzurufen und zu verstärken, wie an zahlreichen Beispielen schon aus der Welt der Tiere und Naturvölker nachgewiesen ist.

„Der Geschlechtstrieb beim Weibe", der dritte Aufsatz, verwirft mit Recht die übliche Stellung der Frage, ob dieser Trieb stärker oder schwächer als beim Manne sei, als unbeantwortbar und töricht. Er ist mit dem männlichen inkommensurabel, weil qualitativ durchaus verschieden: bei größerer äußerlicher Passivität ist er weit komplizierter, ferner mehr der Anregung bedürftig, langsamer in seiner Entwicklung, stärker periodisch und zeigt eine größere Breite der Variationen seiner Stärke sowohl unter den verschiedenen Individuen, als auch bei jedem Weibe innerhalb verschiedener Lebensphasen. Dieser Teil des Werkes enthält ungemein viel lehrreiches für jedermann, besonders auch für den Arzt.

Im Anhang wird „der Geschlechtstrieb bei Naturvölkern" kurz erörtert, wobei Ellis zu dem Ergebnis gelangt, daß dieser entschieden weit schwächer sei, als bei den Kulturvölkern (wie bei wildlebenden Tieren schwächer als bei domestizierten). Sodann folgen noch einige autobiographische Skizzen über Entwickelung normalen (?) Geschlechtstriebes bei beiden Geschlechtern.

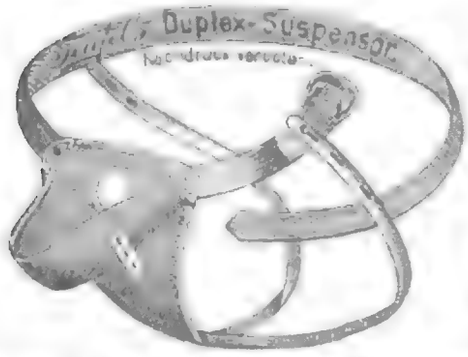
Das in ernstem Tone gehaltene Buch wirft auf manches dunkle Gebiet der Psychologie helle, die Mystik verscheuchende Lichter naturwissenschaftlicher Erkenntnis. Die Übersetzung ist vortrefflich; nur auf einen Fehler sei mir gestattet, hinzuweisen: small-pox heißt nicht Pocken, sondern Syphilis.

Felix Block (Hannover).

E. Hartmann: Die Geschlechtskrankheiten in Bezug auf die Volksgesundheit, ihre mögliche Verhütung und natürliche Heilung. Stuttgart und Ulm, 1903. 50 Pf.

Das in dem bewährten Selbstverlag erschienene Heftchen liest sich wie die bekannten Schriften der Kurpfuscher — entstammt aber der Feder eines approbierten Arztes. Die alte leidige Leier: man behauptet von den durch tausendfältige Erfahrung festgestellten Tatsachen einfach das Gegenteil; z. B.: „Es ist durch Hunderte von Fällen nachgewiesen, daß alle diese sogen. tertiären Krankheiten bei naturgemäß (also ohne Quecksilber) behandelten Personen nicht auftreten" (p. 7). Zwar sagt Herr Hartmann von den mehrmals zu wiederholenden Quecksilberkuren der üblichen Syphilisbehandlung: „Für die Kasse des Arztes ist das ja ganz gut" (p. 8); er selbst aber empfiehlt nur mindestens zweimal jährlich eine Schwitz-, Diät-, Kräutertee-, Massage-Kur von je sechswöchentlicher Dauer. Ist das vielleicht nicht gut für die Kasse des Herrn „Besitzers des physiatrischen Sanatorium Ulm", Fabrikanten und Verkäufers von Dr. Hartmanns Hautcream, Pflanzenwundheilpulver, -salbe und -öl (wohl zur Heilung von Pflanzenwunden? Refer.), Blutreinigungs-, Nieren-, Blasen-, Magen-, Brust-, Schwitz-, Lungen-, Gurgel-, Wassersucht- und Nährsalztee etc. p. p.? Um mit den Worten des Herrn Verfassers zu schließen: „In diesen Augiasstall gehört der Besen eines Drako" (p. 5).

Felix Block (Hannover).



Teufel's Duplex-Suspensor. Der wichtigste Bestandteil an dem Suspensorium ist der Scrotumträger (Beutel), der von Teufel sehr zweckmäßig als Flachbeutel konstruiert wurde. — Die bis jetzt gebräuchlichen, gestrickten oder gewobenen hohlförmigen Beutel können das Scrotum nur umfassen, aber niemals in genügender und zweckentsprechender Weise heben. Die gebräuchlichsten Beutel, deren Hohlform durch Zusammennähen zweier gleicher Hälften erzielt wird, erhalten durch letzteres in der Mitte eine Naht, welche in der Regel noch mit einem Band besetzt ist. Diese Beutel können ebenfalls das Scrotum nur umfassen, ohne es in geeigneter und zweckentsprechender Weise zu heben, und haben noch dazu den großen Nachteil, daß die mittlere Naht mit dem Besatzband sich nicht, wie der übrige Teil des Beutels, dehnt, sondern vielmehr das Scrotum in der Mitte teilt, was leicht das hervorrufen kann, was man mit dem Tragen eines Suspensoriums vermeiden will.

Für meinen Verlag befinden sich in Vorbereitung und erscheinen binnen kurzem die nachgenannten drei Novitäten:

1. **Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten?** Von Dr. med. Max Marcuse in Berlin. Preis ca. M. 1.50.
2. **Staatskinder oder Mutterrechte.** Von Ruth Bré.
3. **Aerztliche Vorschriften für Geschlechtskranke.** Von Dr. H. L. Eisenstadt in Berlin.

W. Malende, Leipzig.
Verlag der „Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene."

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Rics, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig – Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—)
Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 5. **Anfang Juni 1904.** Jahrgang I.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *G. Brendel-Würzburg-Bad Kreuznach:* „Der aseptische Katheterismus."
2. *Orlipski-Halberstadt:* „Die Frage der Wertung der Anamnese in der Syphilis-Diagnose."
3. *M. Höfler-Tölz:* „Über Jodtherapie."
4. *Vertun-Berlin:* „Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten."
5. *W. Hammer-Berlin:* „Geschlechtliche Enthaltsamkeit und Gesundheitsstörung." (Mit zwei Abbildungen).
6. *A. Pappritz-Berlin:* „Der Kampf gegen die Prostitution in New-York."

II. Referate:

1. *L. Heusner-Barmen:* Ein Fall von Prostatomia infrapubica.
2. *E. Hoke-Prag:* Urämischer Symptomencomplex mit eigentümlichem, charakteristischen Cylinderbefund im Harne, bedingt durch Embolie in eine Nierenarterie.
3. *E. Pollak-Wien:* Die Gonorrhoe der paraurethralen Gänge des Weibes.
4. *E. Finger:* Über Misserfolge bei der Gonorrhoebehandlung.
5. *Djatschkow-Petersburg:* 2 Fälle von multiplen weichen Schankern.
6. *Djatschkow-Petersburg:* 3 Fälle von weichem Schanker an den Fingern.
7. Die Anomalien des Geschlechtstriebes und die Beurteilung von Sittlichkeitsverbrechen von *Arnemann-Großschweidnitz.*
8. *Carl Alexander:* Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei.
9. *G. Guttmann:* Über die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für die Hygiene des Auges.

III. Besprechungen:

1. *B. Rosinski-Königsberg i. Pr.:* Die Syphilis in der Schwangerschaft.
2. *Professeur Tarnowsky:* L'Instinkt sexuel et ses Manifestations morbides au double point de vue de la Jurisprudence et de la Psychiatrie.

I. Originalarbeiten.

Der aseptische Katheterismus.

Von Dr. **G. Brendel, Bad Kreuznach.**

Die Bestrebungen, bei Ausführung der künstlichen Harnentleerung die Katheter keimfrei zu machen und dadurch die Harnwege vor Einschleppung von Infektionskeimen zu schützen, liegen nicht weit zurück und mit Staunen kann man in der Ausgabe eines bekannten Handbuches vom Jahre 1880 lesen, daß manche Autoren noch vorzögen, sich zum Schlüpfrigmachen der Katheter ihres Mundspeichels zu bedienen. Verschloss man sich also noch lange nach dem Emporblühen der Bakteriologie der Erkenntnis von der absoluten Notwendigkeit des aseptischen Katheterismus, so kann man auch heutzutage leider noch nicht behaupten, daß sich das Gros der Ärzte der Tragweite der unterlassenen Sterilisation voll und ganz bewußt ist. Allerdings liegt das zum großen Teil an der Schwierigkeit, ein Verfahren zu finden, welches allen Forderungen gerecht wird. Bei möglichster Schnelligkeit und Einfachheit der Methode soll vor allem absolute Keimfreiheit erzielt werden, das Verfahren soll für die Instrumente möglichst schonend, für die Harnröhre durch etwaige reizende Stoffe nicht nachteilig, auch vom Kranken leicht ausführbar und nicht kostspielig sein. Ferner wird verlangt, daß unmittelbar nach erzielter Keimfreiheit die Katheter ohne besondere Unbequemlichkeit absolut steril aufbewahrt werden können. Das letzte Jahrzehnt hat nun eine stattliche Reihe der verschiedenartigsten Methoden gezeitigt, welche wir in Nachfolgendem kritisch beleuchten wollen.

Allgemein anerkannt ist das Verfahren bei den Metallkathetern: Durch einfaches Auskochen wird eine absolut sichere Sterilisation erreicht.

Die Verfahren bei den elastischen Kathetern zerfallen der Hauptsache nach in zwei grosse Gruppen: a) Sterilisation mit chemischen, b) Sterilisation mit physikalischen Hilfsmitteln.

Die chemischen Substanzen sind in der Reihe der Antiseptika zu suchen. Zur Entfettung und Reinigung wurden Alkohol, Aether und Sodalösung empfohlen, zur direkten Unschädlichmachung der Keime. Carbol, Sublimat, Höllenstein, Borsäure, Formalin in wässrigen Lösungen Bald erkannte man aber, daß das Kathetermaterial durch längeres Liegen in den konzentrierten Lösungen rasch dem Untergange verfällt und, daß trotz längerer Einwirkung eine absolut sichere Tötung der Keime meist nicht stattfindet. Auch werden die Katheter allmählich

Digitized by Google

so von den Mitteln durchtränkt, daß sie eine erhebliche Reizung der Harnröhre hervorrufen.

Einer weit grösseren Beachtung erfreuten sich die gasförmigen, keimtötenden Mittel, so die Schweflige Säure, Quecksilber-Dämpfe, Formaldehyd. Besonders dasletztere wurde vielfach empfohlen, vermag aber erst nach 24 stündiger Einwirkung bei 17° weite Katheter steril zu machen, während bei solchen mit engem Lumen ein derartiges Resultat erst nach Anwendung heißer Formalindämpfe von 60—80°in 20 Minuten erzielt wird. Die Imprägnierung der Instrumente mit den reizenden Stoffen, die Unzuverlässigkeit in bakteriologischer Hinsicht und die Kompliziertheit der nötigen Apparate konnte auch diesem Verfahren keinen allgemeinen Anklang verschaffen.

Als physikalisches Hilfsmittel kommt nur die Anwendung der Hitze in den verschiedenen Formen in Betracht.

Die trockne Hitze muss bei 130° eine Stunde lang einwirken, macht aber die Katheter schnell brüchig und erfordert eigens dafür konstruierte Apparate. Ebenso unbrauchbar ist das Kochverfahren, welches weder für absolute Keimfreiheit Garantie bietet, noch die In- strumente schont.

Auch durch Kochen (5 Min.) in gesättigter Ammonium sulfuricum Lösung (3 Amm. s. zu 5 Wasser) nach dem Vorschlage Kümmell's (Deutsche med Wochenschr. 1901, Nr. 4) und Hermann's (Centralbl. f. Chir. 1901, Nr. 3) werden die Katheter nach mehreren Wochen weich und unbrauchbar. Ein weiterer Fehler ist, daß die Instrumente bei sofortigem Gebrauche erst sorgfältig abgespült werden müssen und auch eine längere Aufbewahrung in der Kochflüssigkeit nicht vertragen. Ähnliche Nachteile ergeben sich bei dem Verfahren von Claudius (Hospitals Tidende 1901, Nr. 13) mittels 40%iger Kochsalzlösung.

Als das in jeder Hinsicht idealste Verfahren muss die Sterilisation der Lack- und Weichgummikatheter im strömenden Wasserdampfe bei 100° betrachtet werden. In der Tat ist zur Zeit keine Methode bekannt, welche in Bezug auf Schnelligkeit, Einfachheit, Schonung der Instrumente und vor allem unbedingte Sicherheit mit dieser in die Schranken treten könnte. Die zuerst dabei verwendeten, mehr oder minder komplizierten Apparate und Dampfkochtöpfe können jedoch in der allgemeinen Praxis oder gar von Seiten des Patienten keine Verwendung finden. Der Apparat von Ruprecht (Beitrag z. klin. Chir. 1898, B. XXI, H. 3) kommt allen Anforderungen schon sehr nahe, doch ist die gekrümmte Aufbewahrung den Kathetern schädlich, die Anschaffungskosten sind zu hoch und es können nicht mehr als

2 Katheter gleichzeitig sterilisiert werden. Der letztere Fehler dürfte besonders für die Kliniken und die Spezialpraxis in's Gewicht fallen. Diese, wenn auch verhältnismäßig nicht erheblichen Mängel vermeidet der Kathetersterilisator Grosse's (Monatsber. für Urologie 1903, Heft 7.) Dieser, nach den Intentionen von Viertel (Breslau) konstruierte, in jeder Beziehung äußerst praktische Apparat besteht aus einem zylindrischen Wasserkochgefäße und einem aufgesetzten Glasrohre zur Aufnahme der Katheter. Der Sterilisator wird in 3 Größen geliefert, um sowohl den Anforderungen der Klinik und des Spezialisten (20—25 Kath.), des prakt. Arztes (8—10) und des sich selbt katheterisierenden Laien (3—4 Kath.) zu genügen. Die im hygienischen Institut der Universität München angestellten bakteriologischen Forschungen ergaben als Resultat, daß die Katheter in 9—10 Min. nicht nur sicher sterilisiert, sondern auch in diesem Apparate steril aufbewahrt werden können.

Zur aseptischen Anwendung des sterilen Katheters ist aber noch erforderlich: Asepsis der Hände des Operateurs,-Asepsis des Operationsfeldes (durch sorgfältige Desinfektion des Orificium ext. und seiner Umgebung) und ein aseptisches Gleitmittel. Von Fetten und Vaselin ist man gänzlich abgekommen, weil sie als Fremdkörper in der Blase zurückbleiben und einen günstigen Boden zur Ansiedlung von Mikroorganismen bilden können. Öle sind auch nicht zu empfehlen, da das Sterilisieren schwierig ist; Glyzerin macht die Instrumente zu wenig schlüpfrig. Casper (Vortrag in der fr. Vereinigung der Chirurgen, 9. III. 1903) empfiehlt als beste Gleitmasse das von ihm zusammengestellte Katheterpurin, welches in Zinntuben steril aufbewahrt ist. Die Zusammensetzung ist folgende: Hydrargyr. oxycyanat. 0,246, Tragacanth. 3,0, Glycerin. puriss. 20,0, Aq. dest. 100,0. Dieses Mittel wirkt in hohem Maße entwicklungshemmend auf etwa vorhandene infizierende Keime und erleidet, an der Luft aufgehoben, noch nach 8 Tagen keine Einbuße seiner Sterilität; es reizt die Harnröhre absolut nicht, macht die Instrumente sehr glatt und schlüpfrig, ohne sie zu schädigen, und ist im Wasser löslich. Den letztgenannten Umstand hebt Casper besonders aus dem Grunde hervor, weil sich auf den Instrumenten kein Überzug bilden kann, welcher infizierende Keime festzuhalten vermöchte.

Schliesst man nach Guyon's Vorschlage an die oben beschriebene Ausführung des Katheterismus eine prophylaktische Spülung der Blase mit 100—200 ccm. einer Argent. nitr.-Lösung (1:1000—2000) an, so hat man nach dem heutigen Stande der Wissenschaft alles getan, um einer Infektion der Harnwege wirksam vorzubeugen.

Die Frage der Wertung der Anamnese in der Syphilis-Diagnose.

Von Dr. med. **Orlipski** in **Halberstadt.**

Bei der Untersuchung von Syphilitikern oder solchen, die im Begriffe sind, es zu werden, d. h. mit syphilitischen Primäraffekten behafteten Personen, — Syphilitiker im Sinne von Trägern allgemeiner, konstitutioneller Syphilis sind letztere meiner Ansicht nach noch nicht, da ich den Primäraffekt nicht, wie z. B. **M. v. Zeissl** als ersten lokalen Ausdruck einer Allgemeinerkrankung auffasse, sondern mit **Auspitz, Bäumler** u. a. in ihm eine örtliche Wirkung des an der Inokulationsstelle eingedrungenen Syphilis-Virus erblicke, von welchem aus erst nach und nach — im Laufe der sog. zweiten Inkubationsperiode — die allgemeine Durchseuchung des Körpers stattfindet — bei der Untersuchung derartiger Personen stößt man nicht selten auf anamnestische Mitteilungen der Patienten, welche mit dem durch die objektive Untersuchung festgestellten Befunde scheinbar in unlösbarem Widerspruche stehen. Fälle folgender Art werden oft praktisch: N. N. konsultiert uns wegen einer „nicht gerade schmerzhaften", aber „doch auffälligen" und „gewisse Befürchtungen erweckenden" Affektion an seinem Penis: auf den ersten Blick erkennen wir einen spezifischen Initial-Affekt, und unsere Diagnose par distance wird bestätigt durch eine genaue objektive Untersuchung, welche das Vorhandensein aller für das Entrée der Syphilis typischen Symptome ergibt. Mit Gesicht und Tastsinn stellen wir fest, was gemeinhin als pathognomonisch gilt: wir sehen, sagen wir in der Kranzfurche, also an einer Praedilektionsstelle, eine kreisrunde, knotenartige Erhabenheit, wir sehen sie in braunroter, verdächtiger Färbung, wir sehen nur diese eine Affektion — auch das Auftreten in der Einzahl gilt ja mit Recht als charakteristisch —; palpatorisch konstatieren wir an dem Knoten oder Knötchen eine fast knorpelartige Härte, insbesondere stellen wir diese Härte für den Grund des Knotens fest; ein Griff nach der Leistenbeuge beweist uns die Existenz multipler indolenter Bubonen, vielleicht auch fühlt man am Penisrücken einen härtlichen Strang, der sich in geschwellte Inguinaldrüsen versenkt: mit unabweisbarer, niederziehender Kraft zwingt uns der objektive Befund zu der Diagnose „syphilitischer Primäraffekt". — Und nun erzählt uns N. N. eine Geschichte, welche mit diesem Befunde nicht stimmt, nicht stimmen kann. „Ich

habe überhaupt noch keinen geschlechtlichen Umgang gepflegt"; oder „der letzte Beischlaf ist vor $^1/_2$ Jahr gewesen" oder „gestern oder vorgestern habe ich kohabitiert, vorher lange Zeit überhaupt nicht". So oder ähnliche Varianten hören wir aus dem Munde des Patienten. Wohl verstanden: Die objektive Untersuchung, welche das einzig untrügliche diagnostische Hilfsmittel ist und sein soll, welche die ausschließliche Richtschnur für unsere Krankheitsbeurteilung und unser therapeutisches Handeln abzugeben hat, spricht für syphilitischen Primär-Affekt. Nur die eigene Mitteilung des Patienten, die Anamnese, welche Aufschluß geben soll über Zeit und Quelle der Entstehung, steht damit in wirklichem oder scheinbarem Widerspruch. Man möge bedenken: es handelt sich nicht um eine Erkrankung innerer Organe, deren Diagnostik trotz Stethoskop und Röntgenlicht immer noch mehr oder weniger im Dunkel liegt; hier werden die anamnestischen, subjektiven Angaben gelegentlich wertvolle Fingerzeige bilden für die Stellung einer richtigen Diagnose, obwohl selbst bei diesen Krankheiten nicht selten gerade durch die Anamnese Irrwege eingeschlagen werden. Nein, wir haben vor uns eine Erkrankung der Haut, der allgemeinen Decke, welche wir sehen, zwischen unsere tastenden Finger fassen können, deren Eigentümlichkeiten mit unwiderleglichen Schriftzeichen vor unserm sehenden Auge sichtbar, für unsere palpierenden Finger fühlbar und greifbar da liegen. Hier verfügt die objektive Untersuchung, unter der sichern Leitung unserer Sinne, über so einwandfreie Helfer und Führer, daß sie allein zur Diagnose-Stellung ausreicht, ausreichen muß. In klassisch schöner Einfachheit drückt sich **Hebra** der ältere über diesen Punkt aus: „um eine Krankheit der allgemeinen Decke zu erkennen, bedarf es keiner anderen Behelfe als der Kenntnis der objektiven Symptome, welche in jedem speziellen Falle an der Haut sichtbar werden. — Wir gestehen weder der Anamnese noch den objektiven Erscheinungen irgend einen Wert in bezug auf die Diagnose einer Hautkrankheit zu. Nur die durch das Gesicht, das Gefühl und (dann und wann) durch den Geruch wahrnehmbaren krankhaften Symptome sind es, welche uns bei Erforschung der Natur und Wesenheit der Dermatosen zu leiten haben. Dies sind sichtbare, ja unfehlbare Anhaltspunkte, denn sie stammen von der Krankheit selbst her; sie sind, so zu sagen, die Buchstaben, welche durch die Erkrankung auf die Haut geschrieben werden; unsere Aufgabe bleibt es, nur die Schrift zu entziffern". Und neben diesen Klassiker der Syphilidologie möchte ich setzen den Ausspruch eines neueren Dermatologen, **Jessner:** „Man

lasse sich durch die Anamnese nicht in der Beurteilung der Erkrankung bestechen. Jede anamnestische Angabe ist mit der nötigen Skepsis hinzunehmen, besonders soweit sie sich auf venerische Krankheiten bezieht". — In diesen lapidaren Meinungsäußerungen ist, denke ich, zur Genüge angedeutet, wie gering der Wert der Anamnese gerade für Haut- und durch Geschlechtsverkehr erworbene Krankheiten ist, wie gerade bei diesen der objektive Befund alles, die Anamnese nichts oder so gut wie nichts für unsere Diagnose gilt. Aber aus solchen Erwägungen ergibt sich oft für den denkenden Arzt die Frage: soll ich rein im Vertrauen auf den von mir erhobenen objektiven Befund, der ja nicht trügen kann, wenn anders ich noch meine Sehkraft besitze, noch nicht farbenblind und gefühlstaub geworden bin, in Erinnerung an die zahlreichen Fälle, bei denen ich auf Grund eines gleichen oder ähnlichen Befundes allgemeine Syphilis sich entwickeln sah, die Diagnose stellen, unter Ausschaltung, Außerachtlassung der Anamnese, oder soll ich der Anamnese vertrauen und annehmen, daß die Härte, welche ich fühlte, keine Härte, der Knoten, welchen ich sah, kein Knoten und die von mir konstatierte Drüsenschwellung in ihrer für solche Fälle pathognomischen Art vielleicht nur ein „lusus naturae" ist oder ein Trugbild meiner irregeleiteten Phantasie? Nun, ich denke, wer die Warnungen kennt, welche von erfahrenen Forschern seit den Tagen des Hippokrates bis in unsere Zeit gegenüber der Schätzung der Anamnese ausgesprochen wurden, wer sich mit **Samuel** darin eins weiß, daß die Anamnese „eine trübe Erkenntnisquelle" darstellte und dem die Lehre, objektiv zu sein, schon in seinen Lehrjahren in Fleisch und Blut übergegangen war, für den kann die Antwort nur lauten: „Maßgebend und entscheidend ist allein der objektive Befund".

Die Frage der Wertung der Anamnese in der Syphilis-Diagnose ist keine Frage der theoretischen Auffassung bloß, sondern sie hat natürlich ihre eminent praktische Bedeutung. Denn in der Praxis soll der Arzt auf Grund der Diagnose sein therapeutisches Handeln einrichten, der Kranke will nicht nur wissen, was ihm fehlt, sondern vor allen Dingen von seinem Leiden befreit und vor weiteren Folgeerscheinungen wenn möglich, geschützt sein. Für die Symptomatiker in der Syphilis-Therapie, welche eine spezifische Behandlung der Syphilis erst einleiten, wenn sie Erscheinungen konstitutioneller Syphilis nachweisen können, und der spezifischen Behandlung nur die Bedeutung einer Methode zur Bekämpfung von Syphilis-Produkten, nicht dagegen eines

Digitized by Google

auf das Syphilis-Virus selbst einwirkenden Heilweges vindizieren, ist die Sachlage ja einfach. Diese warten auch sonst, wenn objektiver Befund und Anamnese übereinstimmen, auf den Eintritt der Allgemeinerscheinungen und lassen erst die sog. zweite Inkubationsperiode zu Ende gehen, ehe sie den Kampf im Großen aufnehmen; also für die Gegner von Praeventivkuren schaffen solche Fälle keine besonderen Gewissensskrupel. Wie aber steht es mit den Prophylaktikern in der Syphilis-Therapie, mit der überaus großen Zahl von Anhängern jener Auffassung, daß wir nicht warten dürfen, bis das S. V. syphilitische Krankheitsprodukte im Körper erzeugt hat, daß wir in dem Hg ein Mittel haben, und zwar richtig angewandt, ein unfehlbares Mittel, das unsern Körper gegen die schädigenden Einflüsse des Syphilis-Virus schützt, sei es, daß Hg es in eine ungiftige Form überführt, oder vernichtet, oder aber den Körper zur schleunigen Bildung von Antitoxinen anregt? Wer von solcher Überzeugung aus Praeventivkuren befürwortet — genau so wie er sich im gegebenen Falle zur **Neißer-Fournier**'schen intermittierenden Syphilis-Behandlung bekennt —, für den wird die aufgeworfene Frage, wie werten wir die Anamnese in der Syphilis-Diagnose? eine hohe praktische Bedeutung gewinnen, denn er wird, wenn er auf Grund der Anamnese trotz Feststellung eines syphilitischen Primäraffekts seiner Überzeugung entgegen keine Hg-Kur einleitet, sich den Vorwurf machen müssen, dem Kranken nicht durch Praeventiv-Behandlung genützt zu haben, obwohl er Mittel und Wege dazu kannte.

Es hat daher auch seine praktische Seite, wenn man diese Frage, die scheinbar nur eine Frage des Auffassung, eine Doktorfrage ist, zur Beantwortung stellt. Wie aber im Prinzip ihre Beantwortung ausfallen wird und muß, kann meines Erachtens nicht zweifelhaft sein. So weit die Anamnese Aufschluß geben will über Infektionszeit und Infektionsquelle, wird sie nur mit größter Vorsicht zu verwenden sein, sobald es sich um zweifelhafte Befunde handelt; und wird durchaus wertlos und unbenutzbar sein, wenn der objektive Befund allein genügt, die Diagnose zu sichern. Gehen wir kurz an eine Analyse der anamnestischen Angaben bezüglich der Entstehungszeit. Die Zeitangaben haben für die Syphilis-Diagnose nur einen sehr geringen Wert aus drei Gründen. Erstens gibt es sehr viele Patienten, die den Arzt absichtlich zu täuschen suchen. Zweitens ist eine ebensogroße Anzahl vorhanden, welche unbeabsichtigt, irrtümlich unrichtige Angaben machen. Drittens scheint mir die Lehre, welche die Dauer der ersten Inkubationszeit bei Syphilis zum Gegenstand hat, immer noch nicht völlig geklärt.

Digitized by Google

Auf keinem Gebiet ist der Arzt so häufigen und starken, absichtlichen Täuschungen von seiten der Patienten ausgesetzt, als in der Sexual-Pathologie. Das ist eine allbekannte, fast banale Wahrheit. Durchaus nicht immer sind es unedle Motive, welche den Anlaß zu unwahren Angaben bilden. Man hat es häufig mit den achtungswertesten, anständigsten Beweggründen zu tun. Man weiß oder vermutet, daß das Leiden, um dessentwillen man den Arzt aufsucht, durch geschlechtlichen Umgang erworben und möchte eine gewisse andere Person, mit der ein illegitimer Verkehr statt hatte, nicht der öffentlichen oder privaten Kritik preisgeben, möchte den Partner oder die Partnerin schonen. Um den Verdacht nun nicht in eine bestimmte Richtung zu lenken, werden die Tatsachen bezüglich der Zeit des geschlechtlichen Umgangs entstellt. In aller Stille kann man obendrein den andern Teil zu einer ärztlichen Untersuchung veranlassen, ohne daß eine Spur von Vermutung eines Zusammenhangs erregt wird. Der Arzt, so sagt sich der Kranke — vielleicht mit Recht — findet sich schon zurecht, auch wenn ich ihm Angaben mache, die der Wahrheit nicht entsprechen; eine solche Lüge ist mir erlaubt, es ist eine Lüge aus edlen Motiven, ich genüge einfach meiner Pflicht der Verschwiegenheit. Aufs lebhafteste noch erinnere ich mich eines jungen Mannes, welcher mit syphilitischem Primäraffekt behaftet, mir erzählte, daß er fünf Tage vor der Konsultation in einer Nachbarstadt geschlechtlich verkehrt und sich infiziert hätte. Eines Tages in meinem Wartezimmer zufällige Begegnung mit einem jungen Mädchen, welches ich seit einiger Zeit wegen breiter Condylome behandelte. Hierdurch erst fühlte sich Patient veranlaßt, mir einzugestehen, daß er vor ca. fünf Wochen mit dieser Person verkehrt hatte, und, nur um sie zu schonen und den Verdacht aus dieser Richtung abzulenken, eine falsche Zeit- und Ortsangabe gemacht hätte. — In andern Fällen sind es weniger Bedenken altruistischen als egoistischen Inhalts, welche zur Bemäntelung der Wahrheit führen. Man fürchtet Schwierigkeiten der Stellung, der Existenz, allerlei materielle Nachteile, wenn die Wahrheit ans Licht kommt. So mancher gibt als Entstehungszeit einen jüngeren, näheren Geschlechtsverkehr an, weil er nachweislich mit einer gewissen Person, deren geschlechtlicher Verkehr mit ihm nicht ruchbar werden darf, in dieser allerletzten Zeit nicht mehr Umgang gepflogen. Nicht selten mag auch die Furcht, zur Weiterverbreitung der Krankheit bereits beigetragen zu haben und dessen bezichtigt zu werden, bei den falschen Zeitangaben ein mitwirkender Faktor sein.

Auf keinem Gebiete wird der Arzt so häufig anzulügen gesucht, wie hier. **Ricord,** der weltberühmte Syphilidologe des vorigen Jahrhunderts hatte, um dieser Tatsache deutlich sichtbaren und eindringlichen Ausdruck zu geben, am Eingange zu seiner Klinik die Mahnung anbringen lassen „Hier wird gelogen". — **Lesser** erklärt kurz und kategorisch „omnis syphiliticus mendax". In seinen Vorlesungen kehrt dieses Wort immer wieder. In seinem Lehrbuch (Kap. 19, Diagnose der Syphilis) sagt Lesser: „Die Diagnose der Syphilis hat sich in erster Linie auf den objektiven Krankheitsbefund zu stützen. Bei keiner andern Krankheit ist es so wichtig, wie gerade bei der Syphilis, daß der Arzt sich allein aus der Untersuchung eine möglichst bestimmte Vorstellung des Krankheitsbildes zu verschaffen sucht, ehe er die Anamnese aufnimmt. Der Hauptgrund ist der, daß gerade bei den durch den Geschlechtsverkehr erworbenen Krankheiten die Kranken teils aus falschen, teils berechtigten Schamgefühlen dem Arzte unrichtige Angaben über die Entwicklung der Krankheit machen." — Ich behandelte einen Herrn vom Lande an einem syphilitischen Primäraffekt, dessen Alter ich bei der ersten Untersuchung auf wenigstens zwei Wochen zu schätzen mich gezwungen fühlte; Patient hatte die Entstehung auf einen angeblich vor vier Tagen vollzogenen Coitus zurückgeführt, schließlich aber machte er mir spontan das Geständnis, daß der infizierende Coitus wahrscheinlich schon 5—6 Wochen zurücklag und motivierte seine ursprünglich unrichtige Mitteilung mit dem Schamgefühl darüber, daß er nicht sofort nach Erscheinen der Krankheit ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Das Bestreben der Syphilidologen, die Anamnese als diagnostisches Hilfsmittel in Acht und Bann zu erklären und allein den tatsächlichen Untersuchungsbefund mitsprechen zu lassen, ergreift daher mit Recht immer grössere Kreise. In demselben Sinne bewegt sich ein Ausdruck von **Bergh**-Kopenhagen „quaelibet und quilibet syphiliticus mendax". In einer aus Max **Joseph's** Klinik hervorgegangenen Arbeit lese ich folgende Sätze, die wir uns unbedenklich zu eigen machen sollten: „Mit Recht ist die Syphilidologie seit langem bestrebt, die Diagnose der Lues nach rein objektiven Symptomen, unabhängig von der Anamnese, zu stellen und letztere entweder ganz zu vernachlässigen oder nicht ohne Kritik zu verwerten. Hat man sich doch zu oft überzeugt, daß die betreffenden Individuen nicht nur den richtigen Sachverhalt verschweigen, sondern zuweilen absichtlich falsche Angaben machen, um den Ursprung ihres Leidens zu verschleiern, omnis syphiliticus mendax." **Pick**-Prag spricht sich in

der Syphilisbearbeitung des Handbuches von **Pentzoldt-Stintzing,** S. 143 in ähnlichem Sinne aus: „Die Anamnese ist in der großen Zahl der Fälle von nur geringem Werte nicht nur deshalb, weil die Kranken ein Interesse daran haben, die Provenienz ihrer Krankheit zu verschweigen oder gar in Abrede zu stellen usw." Nicht viel anders äußert sich **Senator** in einem Charité-Vortrag: „Gerade in Bezug auf die Anamnese brauche ich nicht erst zu sagen, wie unzureichend dieses Hilfsmittel werden kann, weil man häufig eine falsche Anamnese bekommt oder weil die Patienten gar nicht wissen, daß sie sich infiziert haben". Hierbei deutet also Senator zugleich das Vorkommen unbeabsichtigter Täuschungen, welche die Folge des Übersehens der ersten Krankheitsanfänge sind. Denselben Hinweis finde ich auch in der schon erwähnten Arbeit von Pick in dem Satze, daß die Patienten „oft beim besten Willen über die Anfangsstadien der Krankheit keine Angaben zu machen im stande sind, weil der Primäraffekt unter Umständen ganz unscheinbar auftreten und schon nach kurzer Zeit wieder verschwunden sein kann". — Die Erfahrung lehrt, daß in der Tat oft genug die Anamnese auch darum unbrauchbar wird, nicht immer gerade, weil sie eine bewußt falsche ist, sondern weil sie aus irrtümlicher Beobachtung der Kranken resultiert. Die Ursache dieses Irrtums liegt klar zu Tage: Der Primäraffekt kann so unscheinbar auftreten, daß er nicht nur von Patienten, sondern sogar von Ärzten übersehen werden kann und häufig genug übersehen wird. In der Literatur gibt es eine Anzahl Fälle von florider Syphilis, wo Ärzte keinen Primäraffekt gesehen hatten. Ich verweise auf eine Mitteilung von **Danlos** (Berl. kl. Wochenschrift 1900, 22), **Cordier**-Lyon macht eine Zusammenstellung, nach welcher 2 % aller Lues-Fälle ohne Primäraffekt auftreten sollen, d. h. wo dieser wegen seiner Kleinheit und Unbedeutendheit nicht gesehen worden ist. **Plonski,** gelegentlich einer Demonstration aus der **Lassar**'schen Klinik in der Berliner medizinischen Gesellschaft, sagt dasselbe. — Hat man doch sogar eine besondere Syphilis-Varietät als **syphilis d'emblée** unterscheiden wollen, bei der universelle Syphilis sollte eintreten können, ohne daß irgendwo am Körper ein Entrée der Krankheit sich feststellen ließe. Alle diese Fälle und die, welche der Lehre von der Syphilis d'emblée zu Grunde liegen, sind offenbar nur so zu erklären, daß hier das Initialaffekt so unscheinbar auftrat, daß er nicht gefunden wurde. „Die Initialaffekte", sagt **Grünfeld,** „haben oft einen verborgenen Sitz, sie können in ganz geringfügiger Ausdehnung auftreten und ihre Resorption schon so weit gediehen sein,

daß sie leicht übersehen werden". Eine Bestätigung dieser Auffassung liefert **Bruhns:** „Es gibt Fälle, wo die Initialerscheinung der Lues außerordentlich klein ist, wo die Eingangsstelle nur dargestellt wird durch eine Rhagadeoder Erosion". Vor kurzem wurde von **Paul Richter** in der Berl. mediz. Gesellsch. ein in der Beziehung recht lehrreicher Fall vorgestellt: Es handelte sich um einen Kranken, der wegen Gonorrhoe in Behandlung eines Facharztes stand. Während der Behandlung erschien nun an einer Stelle des Penis ein „Bläschen", auf welches der Arzt trotz Hinweises des Kranken durchaus kein Gewicht zu legen gewillt war, das er für völlig bedeutungslos hielt. Da die Affektion jedoch nicht heilte, suchte der Kranke den bekannten Naturheilapostel Kanitz auf, welcher die Affektion wahrscheinlich als syphilitisch vermutete, den Kranken nun während mehrerer Wochen nach seiner Art „behandelte", bis dieser schließlich mit schweren Erscheinungen einer syphilis maligna praecox in der Charité landete und hier einer energischen Hg-Kur unterworfen werden konnte. Dieser Fall ist lehrreich, weil er dartut, daß es so geformte Primäraffekte gibt, daß selbst Fachärzte sie nicht richtig beurteilen. — Wenn aber solche Irrtümer Ärzten zustoßen, um wie viel häufiger wird es dem Kranken passieren, daß er eine Zeit lang etwa eingetretene Veränderungen übersieht und in gutem Glauben alsdann ihren Beginn in einen späteren Zeitpunkt verlegt; seine anamnestischen Angaben bezüglich der Infektionszeit werden darum wertlos sein müssen". —

Aber es kann auch möglicherweise folgender Fall vorliegen: Der Kranke hat sich zu einem nicht bestimmten Zeitpunkte bei einer gleichfalls nicht bestimmbaren Gelegenheit indirekt angesteckt durch Übertragung des Giftes von irgend einem toten Gegenstande aus, an dem es zufällig haftete: er hat zunächst nichts gemerkt, von seiner Infektion nichts wissend, vollführt er die Cohabitation, und nun erst, vielleicht erst durch den Anreiz des Geschlechtsaktes veranlaßt, wird er aufmerksam, entdeckt eine Peniserkrankung, die er durchaus bona fide auf den letzten geschlechtlichen Verkehr zurückführt. Seine Angabe betreffend die Zeit des letztmaligen Coitus stimmt durchaus, aber trotzdem ist die Zurückführung auf diese als Ursache falsch, d. h. irrtümlich, weil die Invasion des Giftes in Wirklickheit schon vorher auf indirektem Wege erfolgt war. So führt auch hier eine irrtümliche Auffassung zu einer Annahme, welche objektiv falsch ist.

Schließlich sei noch der dritte Grund erwähnt, warum wir der Anamnese, so weit sie sich über Infektionszeit äußern will, keinen

Wert beizumessen haben; und dieser liegt darin, daß die gewöhnlich angenommene Dauer der sog. ersten Inkubationszeit, d. i. der Zeit, welche vergeht zwischen dem Moment der Ansteckung und dem ersten Auftreten der spezifischen Anfangserscheinung, keineswegs absolut sicher normiert ist. Die angegebenen Zahlen haben nur die Bedeutung des mittleren Durchschnitts, wobei ein Überschreiten der Grenze weder nach oben noch nach unten ausgeschlossen ist. Sehr bekannt sind doch die Fälle sog. später Inkubation, in denen der Primäraffekt erwiesenermaßen nicht bloß drei Wochen, sondern drei Monate und mehr nach der Ansteckung auftrat; so selten sie auch sind, so sicher ist dieses Vorkommen konstatiert. Ebenso gibt es sicher auch das Ereignis einer überaus kurzen Inkubation, d. h. Fälle, in denen die Anfangserscheinung nicht erst zehn Tage post infectionem, sondern schon einige Tage eher, jedenfalls nur wenige nach dem verdächtigen Beischlaf bemerkbar wird. Die Feststellung der Inkubationsdauer beruht doch nur auf Empirie, und diese Empirie ist hier nur auf Angaben anderer, auf Anamnese, nicht auf Eigenbeobachtung aufgebaut, darum entbehrt die empirisch gewonnene Lehre von der Dauer der ersten Inkubation der notwendigen Stabilität. Die experimentelle Lösung dieser Frage, sicher der einzig autoritative Weg, der Beweiskraft hätte, ist heute noch nicht gangbar, weil wir bisher kein Tier mit Sicherheit kennen, welches dem Syphilis-Gifte zugänglich wäre, — die an Schweinen angestellten Versuche sind noch lange nicht über jeden Zweifel erhaben, und die ganz neuerdings durch **Metschnikoff** im Institut Pasteur und im **Berliner Aquarium** durch **Lassar** vollzogenen Inoculationen an einem anthropoiden Affen, dem Schimpansen, sind in ihrer Deutung noch nicht spruchreif. — Aber selbst wenn das Lassar'sche Versuchstier eine unzweifelhafte, typische Lues empfangen haben sollte, so wären die in solchem Falle gemachten Beobachtungen über Inkubation durchaus nicht ohne weiteres auf den wenn auch blutsverwandten, so doch immer abweichend gearteten menschlichen Organismus zu übertragen; denn es ist nicht unwahrscheinlich anzunehmen, daß selbst bei erwiesener Receptivität der Anthropomorphen diese noch relativ geringer ist, als die des Menschen und darum schon mit einer Verschiebung der Inkubationsdauer durchaus zu rechnen wäre. Versuchsimpfungen am Menschen könnnen aber heutzutage kaum gemacht werden. In Fällen, wo in früherer Zeit derartige Experimente stattfanden, hat man in der Tat oft schon nach wenigen Stunden Veränderungen an der Impfungsstelle eintreten sehen, welche man als

Bildungsbeginn des spezifischen Anfangsprodukts deuten mußte. (cf. F. A. Simon, Virchow's Handbuch). — Wir sind und bleiben also auf Beobachtungen angewiesen. Zwei Beobachtungsreihen namhafter Dermatologen möchte ich anführen zum Beweise dafür, daß die Inkubationszeit unter Umständen weit unter der Durchschnittsziffer liegen kann. **Bergh**-Kopenhagen setzt die untere Grenze auf den dritten Tag p. inf. an, und in einer Arbeit von Boegehold heißt es, daß „in einer Anzahl von Fällen schon ganz wenige Tage post coitum ein Primäraffekt entsteht, welcher nach 14 Tagen heilt und doch syphilitische Erscheinungen zur Folge hat".

Man versucht bekanntlich eine Coupierung der Syphilis herbeizuführen durch Excision des Primäraffektes. Es liegen nun eine Reihe von Mitteilungen vor, wonach die Excision des syphilitischen Primäraffektes vorgenommen wurde in einer minimalen Zeit nach dem infizierenden Coitus. Solche Mitteilungen beweisen, daß von anderer Seite syphilitische Primäraffekte als solche erkannt und sogar behandelt wurden, obwohl die Inkubationszeit bedeutend unter das Durchschnittsmaß heruntergeing. Ich nenne einen Fall **Gerber:** G. extirpierte sechs Tage post coitum einen syphilitischen Primäraffekt, eine Affektion, „welche Patient an sich schon einige Tage vorher bemerkt hatte", der also ganz kurz schon nach dem Coitus aufgetreten war. Daß die excidierte Affektion in der Tat ein syphilitischer Primäraffekt war, bewiesen die trotz der Excision einige Wochen hinterher wahrgenommenen sekundären Erscheinungen (eine Hg-Kur war nicht gemacht). Hier hatte man demnach mit Recht einen syphilitischen Initialaffekt angenommen, obwohl die angegebene Infektionszeit mit dem gewöhnlichen Durchschnitt nicht übereinstimmte. Noch auffälliger ist dieser Fall, welchen **Heuß** berichtet: H. extirpierte zehn Stunden post coitum eine Erosion, welche auf Syphilis verdächtig war: das spezifische Exanthem, welches einige Wochen hinterher auftrat, bewies schlagend die Richtigkeit der Diagnose, wenn der beabsichtigte Abortivzweck — auch hier war keine Allgemeinkur eingeleitet worden — auch nicht erreicht wurde. **Wladislaus Reisz** glaubte sogar schon fünf Stunden nach dem Coitus eine excoriation der Vorhaut mit solcher Sicherheit als syphilitischen Initialaffekt ansprechen zu können, daß er gleichfalls eine Excision vornahm: Daß er die Erscheinung richtig beurteilt hatte, bewiesen auch hier die trotz Excision aufgetretenen allgemeinen Syphilis-Symptome. Hiernach müssen wir, glaube ich, durchaus mit der Möglichkeit einer sehr kurzen Inkubationszeit rechnen.

Vielleicht steht die Tatsache einer kurzen Inkubation in ursächlicher Beziehung zu der von **Kaposi**-Wien immer noch vertretenen Anhängerschaft an die sog. Unitätslehre. Kaposi hat das Auftreten von syphilitischen Primäraffekten nach einer ganz kurzdauernden Inkubationszeit beobachtet, genau so wie bei venerischen Geschwüren. Kaposi hatte beobachtet, daß auch Penisaffektionen mit einer Inkubation, wie sie die gewöhnlichen Schanker haben, nicht selten von allgemeiner Syphilis gefolgt seien und ist darum ein Gegner der Dualitätslehre bis an sein Lebensende gewesen. In gleichem Sinne äußert sich **Simon** in Virchow's Handbuch: „Die Dauer der Inkubation ist großen Schwankungen unterworfen. Gewöhnlich erfolgt die erste Erscheinung 4—8 Tage nach der Ansteckung. Manchmal schon in den ersten 24 und 48 Stunden, manchmal umgekehrt viel später: nach 14 Tagen, nach 3 Wochen, nach 6 Wochen und selbst in einzelnen Fällen nach 2—3 Monaten! Und an anderer Stelle heißt es bei Simon: „Unbestimmte Zeit nach dem unreinen Beischlaf, von wenigen Stunden bis 4, 6 und 8 Tage und manchmal viel später, erhebt sich ein kleines Knötchen oder Bläschen usw." — Erwähnenswert erscheint mir auch noch des alten **Hunter,** des Entdeckers der Hunter'schen Induration, Beobachtung, daß diese schon 3—4 Stunden nach dem Coitus auftreten können (cf. Schönlein, Pathol. und Therapie, Bd. 4, S. 182). Zwar ist uns der Syphilis-Mikroorganismus noch nicht bekannt. Aber wenn, wie Zeißl will, der Primäraffekt wirklich hervorgerufen sein sollte durch das Depot von corpusculärem Syphilis-Gift, welches an der Inokulationsstelle dem Körper einverleibt wurde, so kann man sich theoretisch sehr wohl vorstellen, daß die Schnelligkeit des Manifestwerdens der primären Reizerscheinung abhängig wäre von der Quantität der in dem Giftvehikel enthalten gewesenen Mikroben und daß bei einem geringeren Konzentrationsgrade an Syphilis-Parasiten erst diese sich eine Zeit lang an Ort und Stelle vermehren müßten, ehe sie den Primäraffekt produzieren könnten: also kurze, minimale Inkubation bei ursprünglich hohem Mikrobengehalt, längere Inkubation, wenn das inokulierte Agens von Hause aus eine geringere Menge an spezifischen Elementen mitbrachte. Wie oft erlebt man es nicht, daß von zwei Personen, welche an derselben Quelle sich infizierten und zwar kurz hintereinander, der eine viel früher als der andere seinen Primäraffekt aufweist. Dazu mag eine gewisse größere Empfänglichkeit gegenüber dem Reiz der Syphilis mitwirken, aber das Quantum der Syphilis-Mikroben, welche an der Impfstelle eindringen, ist nach meiner Ansicht hier die wirksame Ursache.

Die Verschiedenheiten der Syphilis-Erscheinungen, ihre Varietäten und Abarten erklärt man ja vielfach **(Zeißl)** auf die gleiche Weise, auch das zeitliche Auftreten der einzelnen Symptome, welches bekanntlich großen Schwankungen unterworfen ist: ich sehe keinen Grund, warum die Syphilis-Erreger, wenn sie nur in genügender numerischer Stärke eingeimpft wurden, in dem neuen Wirtsgewebe nicht sofort ans Werk gehen und ihren ersten Bau, eben den Primäraffekt, nach ganz kurzer Inkubation zu stande bringe nsollten. **L. Lewin** bezeichnet das Inkubationsstadium als das Cumulationstadium kleiner Wirkungen eines Krankheitsgiftes. Substanzen, dem Körper in gewisser Menge auf einmal zugeführt, rufen hier Reizwirkungen hervor in einem Umfange, welchen sie, in Bruchteilen incorporiert, erst erreichen, wenn durch Cumulation die ungebrochene Menge im Körper vorhanden ist. So auch wird ein Krankheitsgift, ob es nun belebt ist oder nur einem belebten Organismus entstammt, in gehöriger Menge sofort, d. h. ohne Inkubation am Impforte seine Wirkung tun, während, wenn diese Menge ursprünglich nicht vorhanden und erst im Körper durch allmähliche Cumulation von Gift oder Krankheitserregern erreicht werden muß, eine mehr oder weniger lange Inkubationszeit verfließen wird, ehe pathognomonische Veränderungen manifest werden. Genau so stelle ich mir die Tätigkeit der Syphiliskeime vor. Darum wäre durchaus nicht gesagt, daß Fälle mit kurzer Inkubation auch immer die schwersten konstitutionellen Erscheinungen nach sich ziehen müßten. Im Gegenteil, man könnte sich im Sinne dieser Darstellung sehr wohl denken, daß die übergroße Zahl von Eindringlingen, ganz unabhängig zunächst von ihrem neuen Nährboden, infolge der ihnen noch vom Stammwirt her immanenten Kraft, sehr schnell den syphilitischen Initialaffekt hervorrufen, hinterher aber, weil sie nun doch frische Kräfte brauchen, infolge eines mangelhaften Nährbodens in ihrer Lebenstätigkeit erlahmen und nur noch eichte oder aber gar keine Allgemeinerscheinungen mehr bewirken können.

Auf diese Weise möchte ich rein theoretisch die von einer Reihe von Forschern in der Praxis als vorkommend erwiesenen Schwankungen der Inkubationsperiode erklären.

Wenn es aber richtig ist, daß der Primäraffekt unter Umständen auch sehr früh post coitum impurum auftreten kann, so wird die Anamnese, so weit sie über Infektionszeit Aufschluß geben soll, ihren Wert völlig verlieren müssen.

Und nun noch ein kurzes Wort über die Angaben des Patienten, welche auf die Infektionsquelle Bezug haben. Wir wollen davon ab-

sehen, daß die angegebene Quelle in vielen Fällen nicht die richtige ist. Wir wollen einmal den in der Praxis überaus seltenen Fall annehmen, daß der Kranke zur ersten Konsultation die Person, von der er sich infiziert zu haben vermeint, zwecks Untersuchung mitbringt. Wenn die Kontroll-Untersuchung auch hier deutliche Syphilis-Symptome feststellt, dann wird der Befund zur Bestätigung der schon vorher feststehenden objektiven Diagnose herangezogen werden können. Wie aber, wenn sich ein negatives Resultat herausstellt? Wird ein solches unbedingt als Beweis gegen die Richtigkeit der Diagnose „syphilitischer Primäraffekt" verwertet werden können? Nun, das bestreite ich ganz entschieden: denn dann liegen immer noch folgende Möglichkeiten vor, mit welchen der denkende Arzt rechnen muß:

1. Es handelt sich um eine Person, welche zwar keine deutlichen Syphilis-Manifestationen an ihrem Köprer mehr aufweist, welche aber früher, vielleicht eine ganze Reihe von Jahren rückwärts, floride lues hatte, und nun sich in einem Stadium der Latenz befindet. Das Stadium der Latenz, in welchem man keine ausgesprochenen Allgemein-Erscheinungen mehr erkennt, kann durchaus noch infektiös sein. Es sind das die späten Übertragungen der Syphilis, welche von solchen Syphilitikern veranlaßt werden, die schon lange Zeit von allen Erscheinungen frei geblieben waren; die Erscheinungen, welche die späte Übertragung veranlaßten, sind selten wirkliche Schleimhautpapeln, sondern meist Erosionen von einfachem Aussehen. **(Feulard)** Auch **Landouzy** ist der Ansicht, daß die Syphilis (besonders die tertiäre) auch ohne jedes äußerliche Merkzeichen ansteckend sein kann. „Alle Läsionen", sagt **Mauriac,** „welche mit Sekretion einhergehen, gleichviel, ob sie sekundär sind, oder den Tertiärformen angehören, sind für ansteckend zu halten". Hiernach kann eine Person, welche bei der Untersuchung sich als frei von Syphiliszeichen herausstellt, doch noch infektiös sein, wenn sie ehedem an manifester Lues gelitten hat; die Untersuchung, welche nur feststellt, daß die Person zu einer bestimmten Zeit nicht syphilitisch war, wäre also kein dringender Beweis gegen die Infektiosität bei einer Person mit syphilitischen Antecedentien, und sie hätte sich mindestens jedes Mal auf eine genaue Durchforschung des Vorlebens zu erstrecken.

Ergäbe aber auch eine derartige Feststellung ein durchaus negatives Resultat, so würde selbst dies noch nicht un-

bedingt ein Beweis gegen die Diagnose sein, denn es bliebe ferner noch die Möglichkeit,

2. daß die betr. Person, von der die Infektion ausging, zwar selbst durchaus frei von Syphilis am eigenen Körper zu jeder Zeit gewesen ist, aber — besonders wenn es sich um eine Prostituierte handelt — zur Zeit der Cohabitation in ihrem Genitaltraktus von einem kurz vorher vollzogenen Coitus impurus her ein Depot von Syphilis-Virus enthielt, welches, ohne letztere zu infizieren, bei dem darauffolgenden Geschlechtsakte auf den neuen Liebhaber überging. Hier hätte dann der weibliche Körper nur als Behälter, als Wohnstätte für das lose haftende Syphilisgift gedient, es wäre eine Art indirekte Ansteckung unter Vermittelung des weiblichen Genitalapparates, wobei das Gift rein äußerlich, wie in andern Fällen an Wäsche, Kleidern, Instrumenten usw. hier an den Wandungen der Geschlechtsorgane oder den in ihnen befindlichen Schleimmassen haftete. War zufällig eine Epithelläsion nicht vorhanden, die als Eingangsstelle hätte dienen können oder handelte es sich um ein exceptionell widerstandsfähiges Epithel oder lag wirklich eine Art rätselhafter Unempfänglichkeit vor, so konnte das Virus hier deponiert bleiben, bis ein neuer Coitus es entfernte. So entsteht dann der scheinbar paradoxe Fall von Infektion an einer geschlechtsgesunden Person, welche eben nur das provisorische und transitorische Vehikel für das Gift abgab.

„Auch scheinbar gesunde Menschen können Träger des Virus sein", sagt Simon in Virchow's Handbuch; „eine gesunde Dirne übt z. B. den Beischlaf mit einem infizierten Individuum aus, dieses läßt Schanker oder Tripper-Virus in der Scheide zurück. Sein Nachfoler kann dadurch angesteckt werden, ohne daß das Mädchen selbst erkrankt.

Es ist das eine alte, schon von den ältesten Syphilidologen, wie **Widmann, Catanens, Fernel, Thierry de Hèry** u. a. stammende und später oft bestätigte Erfahrung, daß Syphilis durch Transit fortgepflanzt werden kann. Ein Frauenzimmer hat für wenige Augenblicke, aber wenigstens für kurze Zeit (im Vestibulum oder der Vagina) durch Concubitus luetisches Virus vom Gliede bekommen, hat gleich oder kurz darauf neuen Coitus und überträgt an dieses Individuum das Virus, während es selbst intakt bleibt. Ich habe auf diese Weise eine junge Frau infiziert gesehen". So sagt **Bergh** in einer Arbeit über Ansteckung und Ansteckungswege bei Syphilis. (S. 26.)

Digitized by Google

Solche „Transit"-Infektion per vias naturales gleicht genau jenem öfters beobachteten Ereignis der Syphilis-Übertragung durch einen gesunden Säugling auf eine gesunde Brustwarze, wenn der Säugling an verschiedene Brüste, darunter auch an eine syphilitische, angelegt worden: hier infiziert sich eine vorher gesunde Person an einem durchaus gesunden Kinde, welches auch hinterher gesund bleibt, es müsste sich denn späterhin seinerseits an der auf diese scheinbar paradoxe Art infizierten Amme selber wieder infizieren. — Umgekehrt hatte eine Amme, welche mehrere Kinder säugte, darunter ein syphilitisches, die gesunden Kinder syphilitisch krank gemacht, während sie selbst intakt geblieben war. — Solche Vorgänge beweisen das Vorkommen der Ansteckung von gesunden Personen her zur Evidenz. — Derartiges kommt, davon bin ich längst überzeugt, durchaus nicht selten vor. Dieser Vorgang erklärt die sonst unerklärbare und doch so oft beobachtete Tatsache, daß von 2 Personen, welche kurz hintereinander an derselben Quelle ihr Liebesopfer brachten, die eine erkrankt, die andere gesund bleibt. Und wenn die Untersuchung einer Person, auf die man seine Infektion zurückführte, zu einem negativen Ergebnis führte, dann ist mit der eben besprochenen Möglichkeit immer zu rechnen.

Wäre nun aber an diese Möglichkeit nicht zu denken, etwa weil nachweisbar ein Geschlechtsverkehr mit einer anderen Person nicht vorangegangen, — ein Nachweis, der bei Prostituierten kaum zu erbringen sein dürfte im gegebenen Falle —, so wird gleichwohl die anamnestische Angabe über die Ansteckungsquelle irrtümlich sein können, weil als letzte Möglichkeit vorliegt

3. Die indirekte Ansteckung durch Wäsche, Kleider, Instrumente, Aborte, ja selbst durch Insekten, wie Flöhe, Fliegen, Läuse, Krätzmilben usw. Genitale wie extragenitale Primäraffekte können unbedingt auf indirektem Wege entstanden sein. Der Kranke selbst wird die Infektion vielleicht auf den letzten Beischlaf zurückführen, aber in Wirklichkeit war sie schon vorhanden, als dieser vollzogen wurde, und hatte eine nicht geschlechtliche, mittelbare Ursache.

Darum sollten wir weder der Anamnese, welche sich mit der Ansteckungszeit befasst noch der, welche die Infektionsquelle zum Gegenstand hat, einen beweisenden Wert in der Syphilis-Diagnose beilegen, sondern das α und ω unserer diagnostischen Weisheit ist und bleibt allein der objektive Befund.

Über Jodtherapie.

Von Hofrat **Dr. M. Höfler (Bad Tölz).**

In das Gebiet der Wissenschaft, die die Wahrheit erforscht, gehört nicht bloß oder allein das Experiment, sondern auch die Erfahrung. Jeder beobachtende Arzt kann sein Körnchen Wahrheit zum Ausbau seiner Wissenschaft beitragen. Als Arzt am Badeort Tölz seit 31 Jahren tätig, konnte ich einige Erfahrungen über Jodtherapie sammeln, darum möge es mir erlaubt sein, dieselben hier in tunlichster Kürze mitzuteilen.

Kaum hat ein anderes chemisches Arzneimittel so reichliche Verwendungsanzeigen erfahren, als das 1811 entdeckte Jod, das entsprechend seiner Herstellungsart durch Veraschen des Seetangs zuerst gegen Kropf verwendet wurde, wie man ja auch längst gegen dieses Leiden veraschten Badeschwamm gebraucht hatte; nicht das Meerwasser als solches hat Jod oder Jodsalze, sondern das Jod findet sich darin immer nur als eine Verbindung mit organischer (pflanzlicher oder tierischer) Substanz. Nun ist es eine ganz interessante Tatsache, daß die Bewohner von Eyrarbakki auf Island jährlich 200—250 Kilo von Rhodomena palmata und Laminaria saccharina (Algen, die auch zur Jodbereitung verwendet werden) — also jährlich eine ca. 1500 grm. Jodkalium entsprechende Jodmenge verzehren, und daß diese Leute nie an Jodismus leiden; wer denkt da nicht sofort an die Seltenheit des Jodismus beim Gebrauche der Jodalbuminate und Jodfette, an die Vorschrift, Jodsalze auf Milch zu nehmen. Aus Jodeiweißverbindungen oder Jodfetten (Jodipin) spaltet sich freiwerdendes Jod nicht so leicht ab als aus den Jodalkalien; erst durch die Veraschung der organischen Jodverbindungen bilden sich alkalische Jodsalze, und diese waren es, welche früher in der Asche des Badeschwammes das Kropfmittel bildeten. In den Jodwassern sind diese Jodsalze in starker Verdünnung enthalten; trotzdem sind diese „Kropfwasser" längst vor dem Nachweise des Jods in denselben auf rein empirischem Wege als Mittel gegen gewisse Kropfformen befunden worden. (Vergl. Balneolog. Zeitg. XIV, 1903, Nr. 36, „Über Jodwasser.") Diese Trinkkuren sind sozusagen Jahrhunderte lang fortgesetzte Experimente, welche unwiderleglich beweisen, daß Jodsalze selbst noch bei 0,01 $^{0}/_{00}$ Lösung in Wasser spezifische Jodwirkung äussern können; überhaupt lassen sich Joderfolge nicht durch hohe Jodsalzdosen erzwingen; selbst bei geringen Dosen eines Jodalkali ist man oft genug von der eklatanten Wirkung über-

rascht und da, wo solche keine Veränderung erzielen, helfen auch zehnmal größere Mengen nicht.

Im Allgemeinen kann man sagen, daß die Heilwirkungen, die der Arzt durch Jodsalze anstrebt, ohne und mit Jodismus eintreten können. Der akute Jodismus geht in der Heftigkeit und Raschheit seiner bekannten Erscheinungen parallel der mit Jod verbundenen und zirkulierenden Alkalimenge; nicht die Menge des zirkulierenden Jodeiweißes oder Jodfettes macht Jodismus; am heftigsten und gefährlichsten sind die Jodismuserscheinungen bei jenen Jodpräparaten, die am raschesten freies Jod abspalten, wie z. B. das schon seit 1822 bekannte Jodoform, das 97% frei abspaltbares Jod enthält. Man nimmt jetzt allgemein an, daß der Jodismus eine Folge des freigewordenen Jods ist; über die Bedingungen, unter welchen dieser status nascendi sich einstellt, herrschen noch mehr oder weniger hypothetische Anschauungen, welche auch zum größten Teil maßgebend wurden für die Prophylaxe einerseits und für die Therapie des Jodismus anderseits.

Wir müssen hier auf diese Theorien kurz eingehen. Nach der Binz'schen Formel: $6\,CO_2 + 3\,H_2O + 5\,NaI + NaIO_3 = 6\,NaHCO_3 + 6\,I$ wird ein $^1/_6$ des freien Jods zu jodsaurem Natrium oxydiert und $^5/_6$ als Jodid (Jodnatrium) gebunden. Das freie Jod nimmt zu diesen Verbindungen das doppeltkohlensaure Natrium des Blutserums, das mit zunehmender Menge des freien Jods in seiner Alkaleszenz wesentlich herabgesetzt wird. Auf dieser chemischen Hypothese beruhen die prophylaktische Empfehlung der Jodnatriumsalze anstatt des gewöhnlich verordneten Jodkaliums, der Zusatz von doppeltkohlensaurem Natrium zu der Jodsalzlösung oder die Einverleibung der letzteren auf Kohlensäuerlingen. Bei dem Jodnatrium will man auch gleichzeitig die wenigstens für das Herz des Frosches zehnmal giftigeren Kalisalze umgehen. Ich bediente mich stets nur des Jodnatriums und kann als Erfahrungstatsache berichten, daß ich üble oder unangenehme Herzreizerscheinungen dabei nie beobachtet habe; die Seltenheit des Jodismus bei dieser ausschließlichen Jodnatriumverordnung kann dabei nicht verschwiegen werden; doch könnten aber auch anderweitige prophylaktische Maßnahmen ihre Wirkung mitgeäußert haben, von denen wir noch sprechen werden. Es mag aber hier angeführt werden, daß Nankevell bei einem und demselben Patienten ein Jodexanthem nach dem jedesmaligen Gebrauche von Jodkalium oder Jodammonium, aber niemals nach dem von Jodnatrium eintreten sah (Virchow-Hirsch, Jahresber. 1872, I. Kap., „Pharmakologie und Toxikologie"); auch Erlen-

mayer empfiehlt den Zusatz von doppeltkohlensaurem Natron als prophylaktisches Antidotum gegen den Jodismus; ebenso empfahl Blondel (Schmidt's Jahrb., 245. Bd., S. 239) zur Hintanhaltung desselben den auch von deutscher Seite vielfach empfohlenen Zusatz von kohlensaurem Natron. Aber — auch dieser Zusatz verhütet nach meiner Erfahrung nicht immer den Jodismus. Über den Wert des sulfanilsauren Natriums, das nach Kroenig das beste Antidot gegen Jodismus sein soll (auf Grund einer Theorie, wonach salpetrigsaure Salze durch dasselbe zu einem unschädlichen Produkte verbunden werden und weil die salpetrige Säure Jod frei macht aus seinen Verbindungen; die salpetrige Säure aber stamme aus der Reduktion der Nitrate in der Nahrung oder aus dem an reduzierenden Mikroben reichen Nasenschleime), über dieses rein theoretische Gegenmittel gegen den Jodismus fehlen mir die Erfahrungen; nach den Angaben Anderer soll es ganz nutzlos sein. Das Gleiche gilt wohl auch vom Natrium subsulfurosum und Atropin.

Andere Versuche bezweckten die raschere Ausscheidung des freien Jods durch vermehrten Blutumlauf, den man durch starke Verdünnung, Kochsalzzusatz, Gebrauch von Jodsalzen in Kochsalz-Mineralquellen etc. zu erreichen suchte. Diese Versuche decken sich mit den balneologischen Mitteln, von denen vielseitig konstatiert wurde, daß unter dem Gebrauche solcher den Gesamtstoffwechsel erhöhenden Prozeduren (Trink- und Badekuren) der Jodismus seltener beobachtet werde; jedenfalls ist nach meinen Erfahrungen der Eintritt von Jod- (und Brom-) Akme unter dem gleichzeitigen Gebrauche von hautpflegenden Seifenbädern eine sehr viel seltenere Erscheinung als ohne die letzteren. Außerdem muß noch berücksichtigt werden, daß Kochsalz und kohlensaure Natronwasser als Vehikel für die Jodsalze durch ihren günstigen Einfluß auf die oft genug maltraitierte Magenschleimhaut solcher Jodpatienten auch günstig auf die Gesamternährung und damit auch auf die Widerstandskraft derselben einwirken können.

Wieder Andere suchen mit ganz kleinen Dosen von Jodsalzen „einzuschleichen", durch die schon erwähnte starke Verdünnung die Joddosen zu verkleinern oder durch die Verordnung der Jodsalzzufuhr nach den Mahlzeiten, d. h. durch Bindung eines Teils der Jodmengen an das Eiweiß der Nahrung die Entstehung von zu viel freiem Jod hintan zu halten, Maßregeln, die aus Vorsichtsgründen sicher angezeigt und nach den Erfahrungen bewährter Praktiker auch sehr oft erfolgreich sind — leider aber auch nicht immer. Es gibt eben Individuen, die

selbst auf ganz minimale Joddosen schon reagieren, wieder ein Beweis dafür, was wir schon oben hervorhoben, daß man auch von 0,01‰ Jodsalzlösungen noch spezifische Jodwirkungen erwarten darf, die man doch sogar von Jodothyrintabletten erhofft, welche auf 1 gr. nur 0,0003 Jod enthalten.

Wie schon erwähnt, beziehen sich meine Erfahrungen auf den ausschließlichen Jodnatriumgebrauch neben der Benutzung der Trink- und Badekur in Bad Tölz (Krankenheil), das selbst eine Jodnatrium haltende Mineralquelle ist. Es ist daselbst schon seit vielen Dezennien üblich, in gewissen Fällen von Lues Jodnatriumdosen in üblicher Höhe neben dem Mineralbrunnen mitzuverwenden. Die dabei gesammelten Erfahrungen seit 31 Jahren sind es, die hierbei zur Verwertung gelangten in der Jodismusfrage.

Wenn auch der Jodismus, wie schon erwähnt, daselbst selten vorkommt, so ist er doch innerhalb dieses Zeitraumes von mir manchmal trotz aller Vorsicht beobachtet worden und zwar nur als allbekannter Jodschnupfen und als Jodakme. Die übrigen Jodismuserscheinungen (Parotitis, Larynxoedem, Pemphigus, Dermatitis tuberosa, Erytheme, Eczeme, Purpura, Paraesthesieen, Jodfieber, Jodpsychosen, Nephritis, Albuminurie; Haemaglobinurie etc.) sind mir nie vorgekommen.

Der Jodschnupfen ist eines der häufigsten Jodismussymptome überhaupt und ist fast immer nur Erscheinung von wenigen Tagen, bis die Angewöhnung an das Jodmittel erfolgt ist; am häufigsten beobachtete ich den Jodschnupfen nach nüchtern genommenen Jodsalzdosen, die eben ganz ohne Bindung von Jodteilen an das Nahrungseiweiß fast unmittelbar in das Blutserum vermittelt werden und hier in kurzer Zeit freies Jod liefern. Die blutarmen rothaarigen oder hellblonden Individuen mit angeborener relativer Kleinheit oder Enge des Arteriensystemes, mit Neigung zu Kältegefühl in der Peripherie der Extremitäten sind für dieses Jodismussymptom am empfänglichsten; auch jene Fälle, die durch chronische Dyspepsie blutarm geworden sind, neigen sehr zu Jodschnupfen; dagegen habe ich mich nie davon überzeugen können, daß eitrige oder kariöse Nasenhöhlenprozesse (mit oder ohne Ozaena) für Jodschnupfen eine besondere Neigung hätten. Der hypothetische Zusammenhang zwischen Nasenhöhlenmikroben, welche die Nitrate der Nahrung in Nitrite verwandeln und durch letztere das Jod aus den Jodsalzen frei machen sollen, ist schon deswegen hinfällig, weil auch Säuglinge, deren Nahrung frei von Nitraten ist, an Jodschnupfen erkranken können. Mir scheint

u. A. vor allem ein gewisses Mißverhältnis zwischen individueller Blutgefäß-Enge und zugeführter Jodsalzmenge die Disposition zu Jodschnupfen zu begründen, d. h. das, was Beneke in seinen balneologischen Briefen (1876, S. 91) als anämische Konstitutionsanomalie bezeichnet, die durch eine relative Enge des Gefäßsystems verursacht ist; auch das höhere blutärmere Alter reagiert rascher auf Jod als die jüngeren Leute, die das freigewordene Jod unter verschiedenen Verbindungen rascher eliminieren. Ebenso haben fettreichere Individuen eher Jodschnupfen zu erwarten als die fettarmen; sind erstere durch Trink- und Badekuren nach einigen Wochen etwas entfettet, so kann man bei ihnen zu stärkeren Joddosen übergehen; überhaupt ist der Hautstoffwechsel möglichst rege zu erhalten bei jeder Jodkur.

Die zweithäufigste Jodismuserscheinung während einer Krankenheiler Trink- und Badekur ist die sog. Jodakne; sie tritt häufiger ein bei Jodkaliumgebrauch, der dann immer nur an anderen Orten oder von anderen Ärzten verordnet war. Die hier üblichen Natronsalze, die als Jodnatrium oder kohlensaures Natron zur Verwendung gelangen, halten mit verhältnismäßiger Sicherheit — aber nicht immer, auch diese Joderscheinung hintan. Von sog. Jodakne werden am häufigsten jene Persönlichkeiten befallen, welche ohnehin schon zur Aknebildung neigen; es werden auch von der sog. Jodakne die Lieblingsstellen der gewöhnlichen Akne befallen, niemals die Handteller oder Fußsohlen, die überhaupt von allen Jodexanthemen freibleiben, ein Beweis dafür, daß nicht das Jod in den Schweißdrüsen die Ursache der Jodakne sein kann. Der Ausgangspunkt der letzteren liegt überhaupt nicht in den Talgdrüsen (d. h. sie ist eigentlich gar keine Akne), sondern im Papillarkörper; dessen Nachbarschaft erkrankt nur sekundär. Dieses Befallenwerden des Papillarkörpers bei der sog. Jodakne erscheint mir schon deshalb sehr beachtungswert, weil auch die Psoriasis, die man u. A. auch mit starken Jodsalzdosen behandelt, in den Gefäßschlingen der Hautpapillen ihren Ausgangspunkt hat; wir werden so darauf hingewiesen, daß in den feinsten Kapillarschlingen der Haut ein Teil des Jodabspaltungsprozesses und des entzündungähnlichen Gefäßreizes sich abwickeln könnte, welcher einesteils zu Jodismus, anderenteils zur Heilung der Psoriasis führt.

Sind nun solche Hautgefäße ohnehin schon schlecht genährt, so müssen sich die Erscheinungen des Jodismus besonders durch sog. Jodakne bei jenen Personen bemerkbar machen, welche an allgemeinen Störungen der Ernährung leiden, und das ist auch der Fall. In einer

Digitized by Google

nicht geringen Zahl schwerer Jodausschläge lagen Nieren- und Herzaffektionen vor (Jarisch, Die Hautkrankheiten, S. 126); in einer Reihe anderer Fälle macht sich die Störung der Gesamternährung durch geringen Widerstand gegenüber den Eiterung erregenden Mikroben bemerkbar; solche im Volksmunde als „süchtige" Menschen bezeichnete Personen reagieren bei ihren schlecht genährten Blutgefäßen auch auf den Reiz des freien Jods in den Gefäßschlingen der Haut und Schleimhäute mit einer größeren Transsudation (Jodschnupfen, Jodakne, Jodpemphigus) aus denselben. Alkoholisten, starke Raucher, Diabetiker, Morfinisten, Gichtkranke, durch Dyspepsieen schlecht genährte Magenkranke, Skrofulöse etc. bildeten das Hauptkontingent meiner Jodakne-fälle. Selbstverständlich können auch mitunter sonst ganz gesunde Individuen Jodakne aufweisen; meist ist aber dann die Hautpflege zu mangelhaft oder die Jodnatriumdosis zu groß gewesen.

Wenn man bei der Psoriasis bis zu 30, 40 und 50 gr. Jodkalium „pro die" ohne besondere Folgen gab, so spricht dies für die schon von Hebra betonte, trotz vielfacher Widersprüche feststehende Tatsache, daß die übergroße Mehrzahl der Psoriatiker eben sonst ganz gesunde und kräftige Individuen sind und daß der sonst gesunde Mensch solch (überflüssig) große Jodsalzdosen zu verarbeiten im Stande ist. Die Jodwirkung läßt sich aber nicht durch solche Mengen erzwingen; eine Besserung, die mit mittleren Dosen (bis zu 10 gr. p. die) nicht erreicht wird, tritt auch durch höhere Gaben nicht mehr ein. Die Jodsalze haben das Eigentümliche, daß, wo sie einmal ihre Wirkung äußern, sie diese auch schon bei minimalen Dosen erkennen lassen; stärkere Dosen können dann den Heileffekt zeitlich beschleunigen, übergroße Dosen aber nicht mehr.

Interessant ist es doch, daß seit der Entdeckung des Jods (1811) sich der Kreis seiner Indikationen immer mehr erweitert hat; das Wesentliche seiner Wirkungsweise muß demnach etwas sehr Allgemeines sein. Die weitaus interessanteste Wirkung der Jodsalze ist jedenfalls die bei Aktinomykosis, welche vielseitig konstatiert ist. So wenig als die Jodsalze eine spezifische Wirkung gegen die noch niemals nachgewiesenen Psoriasispilze haben, ebensowenig wirken sie gegen die sicher gestellten Aktinomykespilze als solche. Die schlaffen, kleinzelligen Infiltrationsherde mit jugendlichem Bindegewebe in der Umgebung, die nach Secchi ein lymphoides Granulom darstellen, erfahren dabei eine „Einschmelzung", wie andere Granulationsgeschwülste (Gumma, Scrophuloderma, tuberkulöse Knochenhöhlengranulationen),

die mit solchen gummösen oder tuberkulösen Prozessen viele Ähnlichkeit haben. Auch bei der Aktinomykosis wiederholt sich die Tatsache, daß nur die Jodsalze, nicht aber die jodhaltigen organischen Präparate eine Wirkung haben. Es wird heute keinem Arzte einfallen, Struma mit jodhaltigen Algen, Psoriasis mit Jodothyrin, Aktinomykosis mit Jodalbacid zu behandeln; der eigentliche Heileffekt kann meines Erachtens nur liegen in dem Freiwerden von Jod aus den Jodalkalien innerhalb der peripheren Blutbahn in den feinsten Kapillarschlingen; wenn man aber doch von organischen Jodpräparaten spezifische Jodwirkungen beobachtet hat, so erklären sich auch diese durch Umwandlung derselben in Jodalkalien.

Bei vielen Hunderten von Jodipin-Injektionen, die ich bei verschiedenen Luetikern vornahm, sah ich noch niemals Jodschnupfen oder Jodakne, eine Beobachtungstatsache, die zwar längst bekannt ist, die aber beweist, daß das Jod im Jodipin nur äußerst langsam resorbiert wird und dann ebenso wie das Jodalbacid, in Jodalkali umgewandelt wird; der akute Jodismus geht immer parallel der zirkulierenden Jodalkali- bez. freien Jod-Menge; noch raschèr aber als die Jodsalze, veranlaßt das Jodoform die schwersten Intoxikationserscheinungen, die doch nur durch die große Menge des freigewordenen Jodes zu erklären sind, welches auf die Gefäßwandungen der Kapillaren einen entzündungähnlichen Reiz ausübt, der in der an Alkalien ärmeren Hirnrinde von besonderer Bedeutung sein muß.

Eine allgemeine Tatsache ist ferner die, daß das Jod bei der Lues in dem Stadium der Gefäßerkrankungen und Gummabildungen seine Haupttriumphe feiert und hier geradezu spezifisch wirkt. Bei diesen lokalen luetischen Prozessen des sog. tertiären Stadiums spielen nun die Verhältnisse des Gefäß-Systems eine große Rolle; hauptsächlich sind es (nach Rumpf, die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems 99) „die für gewöhnlich um feine Kapillaren liegenden und zunehmenden Neubildungen, welche dem Untergange (durch Jodtherapie) leicht verfallen, während Neubildungen, welche von Anfang an um ein kräftigeres Gefäßsystem stattfanden, oder bei welchen eine Entwickelung größerer Gefäße statthaben konnte, der Rückbildung widerstehen; unter diesen Verhältnissen ist vielfach jede antisyphilitische Behandlung fruchtlos", also auch hier ist die lokale Jodwirkung an den Bestand von Kapillargefäßen an dem pathologischen Herde gebunden. Auch Köster (Zentralblatt f. d. med. Wissenschaft 1876, Januar) zeigte, daß die kleinen Entzündungsherde bei luetischen Gefäß-

erkrankungen an denjenigen Stellen sich vorfinden, wo die Nutritialgefäße (vasa vasorum) in der Media der Gefäße sich in Kapillaren auflösen. Die Mesarteriitis der Arteriosklerosis und der Aneurysmen nimmt ihren Ursprung in den Kapillaren dieser Mittelhaut. Der Prozeß der syphilitischen Gefäßerkrankung kommt auch nach demselben Autor nur an solchen Gefäßen vor, die mit Vasa vasorum versehen sind; damit erklären sich dann auch die Erfolge der Jod-Therapie bei Arteriosklerosis, Phlebitis und Aneurysmen, da das Jod aus den Jodalkalien in den Kapillarschlingen der Vasa vasorum frei wird; damit beginnt dann die Einschmelzung in dem Granulationsgewebe und die Rückbildung der Gefäßerkrankung. Worin nun aber der Vorgang der Einschmelzung eigentlich beruht, ob in einer Erweiterung der natürlichen Stomata der durch den Reiz des freigewordenen Jods erweiterten Kapillaren mit vermehrter Transsudation in die Umgebung der Kapillarschlingen, oder in vermehrter Diffusion oder in besserer Ernährung der Blutgefäßwandungen, dies zu entscheiden, liegt nicht in meinem Willen. Da nach vielseitiger Beobachtung, die allerdings nicht unbestritten blieb, beim Gebrauche der Jodalkalien ein Sinken des Blutdruckes konstatiert wurde, so ist eine Erweiterung der peripheren Blutgefäße als Zeichen der Jodwirkung sehr wahrscheinlich anzunehmen (vergl. Münchener Med. Wochenschr. 1902, S. 654 und 1608). Immerhin ist aber auch zu berücksichtigen, daß das Jod eine erhöhte Transsudation und Diffusion, die namentlich in den Schleimhäuten der Luftwege sich bemerkbar macht, veranlaßt; mit dieser Eigenschaft hängt sicherlich auch die anti-asthmatische Wirkung der Jodsalze zusammen, die ja allgemein bekannt und geschätzt ist. Bei der Menge von Theorieen über das Wesen des Asthmas müssen wir uns wohl vorerst noch mit dieser Tatsache begnügen; eine möglichst allseitige klinische Bestätigung einer Tatsache ist aber wertvoller als die plausibelsten Theorieen oder Hypothesen. Dazu gehört auch die, daß die resorptionsbefördernde Wirkung der Jodalkalien durch eine erhöhte Lebenstätigkeit und Vermehrung der „in festes, körperfremdes Material einwandernden" Leukocyten veranlaßt sei (Schleich, Heinz). Tatsache ist es ja, daß Jod als Resorbens bei Pleuritis exsudativa serosa, Gelenkexudaten, Drüsenschwellungen, Trippermetastasen oft günstig wirkt, sicher aber nicht deswegen, weil Jod etwa den Stoffwechsel erhöht; denn dies ist nach den exakten Untersuchungen von v. Boeckh nicht der Fall, wenigstens nicht für den Stoffwechsel der Albuminate; auch der Umsatz des Fettes ist nicht gesteigert, ebensowenig die Blut-

umlaufzeit (Heinz). Bei der Vieldeutbarkeit der vermehrten Leukocytose möchte die Rolle, die die Leukocyten-Auswanderung in der Jod-Wirkung spielen soll, eine vorerst noch nicht genügend gesicherte sein; denn der Vorgang der „Einschmelzung" der gummösen und gumma-ähnlichen Neubildungen erinnert in keiner Weise an einen eitrigen Prozeß, der doch so oft bei vermehrter Leukocytenbildung zu beobachten ist; eher könnte man an ein durch den Jodreiz auf die Kapillarschlingen erleichtertes Zurückwandern von Lymphocyten in die Blutbahn denken, wobei durch Erweiterung der Gefäßwandung auch deren Stomata weiter und durchgängiger geworden sein müssen.

Eine in neuerer Zeit von Lomer u. a. angegebene Jod-Indikation ist die gegen den nicht luetischen Abortus habitualis, gegen welchen schon Hennig (Münch. Med. Wochenschr. 1891.194) den Gebrauch der jodhaltigen Mineralwasser von Krankenheil-Tölz als wirksam geschildert hatte. Vielleicht ist auch hierbei ein Jodeinfluß auf die Dezidual-Gefäße gegeben.

Ein rein physiologisch-chemischer Vorgang scheint in Wirkung von Jodalkalien gegen und bei Bleivergiftung zu sein, indem die Jodide die Bildung löslicher Blei-Albuminate veranlaßt. Jod bringt das Blei noch nach Monaten durch den Harn zur Ausscheidung. Daß die Jodide die Ausscheidung des Quecksilbers einleiten und befördern, ist nach Pauli (München. Med. Wochenschr. 1903, S. 156) durch exakte Beobachtungen und Experimente festgestellt. Auf dieser Wirkung beruht vermutlich auch der therapeutische Erfolg der Jodsalze bei syphilitischen, mit zuviel Quecksilber behandelten Lokalaffektionen der Mundhöhle, wo starke Joddosen (innerlich) mit sehr schwachen Sublimatlösungen (lokal) am raschesten noch Heilung bringen, die bei starken Schmierkuren nicht eingetreten war. Überhaupt ist bei schwer heilbaren Lues-Prozeßen, die der starken Quecksilberkur widerstehen, die Verbindung dieser mit Jodsalzen unter Ausschluß des Alkohols, Nikotins, Coffeins etc. und in Verbindung mit einer den allgemeinen Stoffwechsel anregenden Trink- und Badekur nicht genug zu empfehlen.

Eine spezifische Jodwirkung ist ferner die Verkleinerung der Schilddrüsen-Hyperplasie. Während das dem Jod sonst therapeutisch so ähnliche Rhodan (Sulfocyanid) diese Wirkung nicht besitzt, wirken schon minimale Jodsalz-Dosen auf gewisse Kropfformen verkleinernd ein; doch sind wir bei der Erklärung über das Wesen der Jodwirkung bei dieser Hyperplasie noch ganz auf die Analogie mit der bei anderen Resorptionsprozessen angewiesen. Jod-

salze innerlich genommen, lassen Cystenkröpfe und harte Faserkröpfe ganz unbeeinflußt, nur die weichen Gewebs-Hyperplasien werden durch dieselben verkleinert. Die ganz spezifische Wirkung des Jods auf die Schilddrüsen-Hyperplasie muß sicher auch einen Zusammenhang haben mit der schon von Natur aus gegebenen Vorliebe dieses Organs, Jod in sich aufzuspeichern. Des Interesses wert ist gewiß die Tatsache, daß die an den Nahrungsschlauch angegliederten drüsigen Organe (und dazu gehört entwickelungsgeschichtlich auch die Schilddrüse) wie z. B. auch die Leber eine Vorliebe haben, Metalle gleichsam zum Schutze für die übrigen Zellen in sich aufzuspeichern; die Schilddrüse ist wahrscheinlich auch ein solches Schutzorgan für zu große Jodmengen, die in den tierischen Körper gelangen; dort wird vermutlich ein guter Teil des Jod's an Eiweiß gebunden und so für das übrige Zellenleben unschädlich gemacht. Die Ausschaltung dieser Drüse, die zu der Kachexia strumi priva führt, wird zur Herstellung des Rodagens benützt. In Bad Tölz versuchen wir mit der Milch entkropfter Ziegen den Morbus Basedowi zu beeinflussen; über die Resultate dieser Versuche kann erst später berichtet werden, ebenso darüber, ob es sich bestätigt, daß solche entkropfte Ziegen Arteriosklerosis aufweisen (Münch. Med. Wochenschr. 1901, S. 1608. — Arch. f. Klin. Chirurg. 1895).

Zum Schluß füge ich noch eine mir gütigst vom k. k. Landesbadearzt in Hall Herren Kollegen Heidthaler übermittelte Notiz an.

„Welchen Einfluß die einfache Einnahme von ca. 6 Deziliter (Haller) Jodwasser pro die auf Strumen haben kann, zeigen jene Fälle, bei denen sich beim Rückgange der Strumen Basedow entwickelte bei Patienten, die vorher keine Spur eines Basedow zeigten. Professor Ortner-Wien hat in seiner Therapie innerer Krankheiten, ich glaube, er allein darauf aufmerksam gemacht, daß bei Rückgang der Strumen Basedow entstehen kann. Ich habe hier zwei solche Fälle erlebt. Die Erscheinungen traten 10—12 Tage nach dem Beginne der Jod-(wasser)-kur, wie gesagt, 6 Deziliter pro die, auf. Eines deutlicheren Beweises für die, wenn auch leider ungünstigen Erfolge der (Haller) Jodwasser-Einnahme bedarf es wohl nicht."

Es ist dieser Beitrag des Herren Kollegen Heidthaler so sehr interessant, daß die an Jodbädern praktizierenden, sowie die an Jodquellen entsendenden Ärzte diesen Punkt (Eintreten von Basedow nach Schwund von Strumen durch Jodbehandlung) im Auge behalten sollten.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.

(§ 4 des Merkblattes der D. G. B. G.) — Von Dr. **Vertun-Berlin.**

Durch die am 6. März d. J. im Rathaus zu Berlin stattgefundene ordentliche General-Versammlung der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" ist eine der wichtigsten Fragen der sexuellen Hygiene, die Frage der individuellen Prophylaxe, in den Vordergrund der Diskussion gerückt worden.

Gegen den § 4 eines neuen Merkblattes, welcher lautete: „Be jedem außerehelichen Geschlechtsverkehr ist die größte Vorsicht und Reinlichkeit, am besten auch die Anwendung besonderer Schutzmittel geboten. Aber auch die Befolgung aller Vorsichtsmaßregeln schützt nicht mit Sicherheit vor Ansteckung", hatte sich bei Bekanntwerden ein Angriff seitens der abolitionistischen Föderation und der deutschen Sittlichkeitsvereine gerichtet.

Nachdem Herr Dr. Blaschko das Referat erstattet hatte, in welchem er bei aller Anerkennung der Bestrebung dieser genannten Vereine doch die Notwendigkeit der Empfehlung von Schutzmitteln zur Verhütung venerischer Infektion, als durch die realen Verhältnisse gefordert, betonte, kamen die Vertreter der verschiedenen Richtungen zur Sprache und zwar auf Wunsch des Herrn Vorsitzenden, Professor Dr. Neisser, abwechselnd ein Redner resp. eine Rednerin für und wider.

Bei der gesamten Diskussion, welche zum Teil durch Hineinziehung ganz andersartiger Bestrebungen, als der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, verwirrt wurde, kamen in sachlicher Hinsicht ebenso wie in dem Referate nur drei Punkte zur Erörterung:

1. Ob und wieweit die Schutzmittel die Geschlechtskrankheiten verhüten.
2. Ob es ethisch zulässig ist, Schutzmittel zu empfehlen, und
3. ob durch die Empfehlung von Schutzmitteln junge Leute zum Geschlechtsakt angeregt werden.

Dadurch, daß die Versammlung schließlich eine die Zustimmung zum § 4 des Merkblattes enthaltende Resolution des Herrn Professor von Dühring-Kiel gegen 3 Stimmen (Professor Dr. Flesch, Fräulein Dr. Hacker und Frau Bieber-Böhm) acceptierte, entschied sie sich für Punkt 1 und 2 und gegen Punkt 3.

Der Versammlung wohnten als Mitglieder der Gesellschaft, die also für die Resolution stimmten, u. a. bei: Die Herren Professor Sombart, Breslau, Geh. Ober-Medizinalrat Prof. Dr. Kirchner, Medizinalrat Dr. Schmidtmann, u. A.

Digitized by Google

Ein wichtiger Punkt wurde zwar gleichzeitig damit entschieden, aber mit Unrecht aus der Debatte gelassen.

Ich meine die wichtige Frage: Sind die im § 4 zur Anwendung empfohlenen Schutzmittel zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten als Dinge aufzufassen, die zu unsittlichem Gebrauch bestimmt sind?

Jeder, der diesen Standpunkt einnimmt, muß und mußte gegen den § 4 des Merkblattes stimmen.

Diese Erörterung war umsomehr geboten, als die Lex Heintze in ihrem § 184[a] denjenigen mit Strafe bedroht, welcher Dinge, die zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt sind, öffentlich anpreist.

Wie jüngst in medizinischen und pharmazeutischen Zeitungen berichtet wurde, liegt in dieser Hinsicht eine Reichsgerichtsentscheidung vom 19. Juni 1903 vor.

Ich teile dieselbe in extenso mit, weil sie ausführlich die Ansicht der damaligen Richter über den Begriff „Gegenstände, welche zu unzüchtigem Gebrauch bestimmt sind" enthält. —

„Die Beantwortung der Frage, ob die von den Angeklagten dem Publikum unter dem Namen „Viro" durch Prospekte und Anschreiben angekündigten und angepriesenen Mittel „zu unzüchtigem Gebrauche bestimmte Gegenstände" waren, hing davon ab, ob sie vermöge ihrer besonderen Beschaffenheit zu unzüchtigem Gebrauche sich eignen und erfahrungsgemäß dazu Verwendung finden.

Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen Bd. 34, S. 365.

Der Vorderrichter bejaht die Frage, weil aus den Prospekten und Anschreiben sich klar für den Leser ergebe, daß es sich um Mittel handle, die vorzugsweise dazu bestimmt sind, beim außerehelichen Beischlaf benutzt zu werden, um Schutz gegen die Gefahr ansteckender Geschlechtskrankheiten zu gewähren. Einen Rechtsirrtum lässt diese Entscheidung nicht erkennen, auch wenn man die weitere Begründung beiseite lässt, daß der Prospekt, indem er jene Gefahr zu verhüten vorgiebt, seinem ganzen Inhalt nach zum außerehelichen Geschlechtsverkehr „anreizt". Denn wie die Strafbarkeit der Verbreitung unzüchtiger Schriften, Abbildungen und Darstellungen keineswegs davon abhängt, daß dieselben geeignet erscheinen, geschlechtliche Lüsternheit anzuregen, so kommt im Falle der Nr. 3 des § 184 Strafgesetzbuchs es nicht darauf an, ob die Ankündigung oder Anpreisung zur Unzucht anzureizen geeignet erscheint, sondern nur darauf, ob die angekündigten Gegenstände erkennbar zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt sind. Nun meint die Revision, der Gebrauch selbst

müsse unzüchtig sein, und das treffe nur da zu, wo durch die Anwendung des Gegenstandes der Beischlaf an sich erleichtert oder ermöglicht werde, die Benutzung also auf den Beischlafsvollzug als solchen eine Einwirkung habe," wie bei den konzeptionshindernden Mitteln. Dem ist jedoch, ganz abgesehen davon, daß der „unzüchtige Gebrauch" sich nicht mit einer Beischlafsvollziehung zu decken braucht, nicht beizustimmen. Allerdings will der Gesetzgeber die Ankündigung solcher Cegenstände hintertreiben, die erkennbar bei der Verübung unzüchtiger Handlungen gebraucht zu werden bestimmt sind; das will aber nicht besagen, daß schon „der Gebrauch selbst" als eine unzüchtige Handlung sich darstellen müsse, vielmehr ist ein Gegenstand auch dann zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt, wenn seine Verwendung der Ausübung unzüchtiger Handlungen in irgend einer Weise förderlich werden soll. Steht sonach fest, daß das hier angepriesene Mittel vorzugsweise beim außerehelichen Geschlechtsverkehr benutzt werden sollte, um die Ansteckungsgefahr zu beseitigen, sollte es mithin der gefahrlosen Ausübung des außerehelichen Geschlechtsverkehrs dienen, so war es (wenngleich nicht ein Mittel zur Verübung der Unzucht) immerhin im Sinne des Gesetzes zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt und seine öffentliche Ankündigung war strafbar." —

Das Urteil enthält die persönliche Ansicht der Richter. Diese mußte in den Vordergrund treten, weil einmal der Begriff „zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt" ein dehnbarer ist und andererseits der Gesetzgeber die lediglich der Verhütung der Geschlechtskrankheiten dienenden Mittel nicht kennen und deshalb im Gesetz nicht berück- sichtigen konnte.

Sachverständige scheinen in dem zitierten Prozesse nicht vernommen worden zu sein.

Das Reichsgericht nahm also an, daß die Verwendung derartiger Schutzmittel „der Ausübung unzüchtiger Handlungen in irgend einer Weise förderlich werden solle" und daß die Mittel dadurch, daß sie „der gefahrlosen Ausübung des außerehelichen Geschlechtsverkehrs dienen", selbst zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt sind, d. h. mit andern Worten: daß die Beseitigung der Gefahren des Geschlechtsaktes die Unsittlichkeit fördere.

Auf dieser Auffassung beruht das Urteil.

Dasselbe darf vom ärztlichen Standpunkte aus nicht unberücksichtigt bleiben, denn es enthält eine, in das ärztliche Denken und Handeln tief einschneidende Kritik. Logischerweise würde danach nicht nur die D. G. B. G., sondern auch jeder Arzt, welcher bei der

Entlassung des geschlechtskrank gewesenen Patienten ein Schutzmittel empfiehlt, damit und sogar durch die Behandlung des Geschlechtskranken selbst die Unsittlichkeit fördern.

Nun kommt noch hinzu, daß der Arzt gar nicht in der Lage ist, dem Patienten gegenüber nur das auszusprechen, was der § 4 des Merkblattes enthält, denn er wird von jedem selbstverständlich die Frage hören: Ja, was sind denn das für Schutzmittel? und er wird sich also nolens volens für irgend eine Form desselben entscheiden müssen.

Die Auffassung des Richterkollegiums, welche, wie schon erwähnt, den Umständen entsprechend eine rein persönliche sein mußte, wird auch schwerlich vom Arzte geteilt werden können.

Jeder Arzt, welcher über eine größere Praxis Geschlechtskranker verfügt, weiß, daß selbst das Überstehen schwerer Erkrankungen, die völlige Kenntnis der immensen Gefahren, denen sich jeder bei der Ausübung des außerehelichen Geschlechtsverkehrs aussetzt, nicht den Geschlechtsverkehr verhütet.

Aus meiner eigenen Praxis kann ich anführen, daß auch diejenigen Patienten, denen ich bei der Entlassung außer dem Rate der außerehelichen Abstinenz auch, im Falle sie nicht Herren über den Trieb sein sollten, die Verwendung von Schutzmitteln empfahl, nun nicht etwa im Bewußtsein, sich schützen zu können, Wüstlinge wurden, mit einem großen Konsum von Schutzmitteln, auch beileibe nicht etwa, calamitate docti, abstinent wurden. Vielmehr kehrten diese Männer, wenn auch in geringerer Zahl wie vor der Empfehlung von Schutzmitteln, wieder krank in die Behandlung zurück, weil sie die Schutzmittel nicht verwendet, aber auch den Geschlechtsakt trotz ihrer Kenntnis der Gefahren nicht unterlassen, hatten.

Es sind eben, wie Herr Dr. Meißner in der oben erwähnten Versammlung mit Recht sagte, ganz andere Dinge, welche den Mann zum Geschlechtsakt veranlassen als die Kenntnis der Schutzmittel.

Wir werden — wie Herr Professor Sombart, Breslau, und Herr Professor Neisser, Breslau, in der Versammlung betonten — bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten stets davon ausgehen müssen, daß es Tatsache ist, daß der außereheliche Geschlechtsakt ausgeübt wird und daß wir nicht in der Lage sind, dieser Erscheinung ein Ende zu machen.

Dringt diese Anschauung durch, dann wird fürderhin der Richter nicht mehr gezwungen sein, auf Grund eines § 184 des Strafgesetzbuches den Kampf gegen die Verhütung der Geschlechtskrankheiten zu führen.

Geschlechtliche Enthaltsamkeit und Gesundheitsstörung.

Von Dr. med. **Wilhelm Hammer-Berlin.**

Satz 1 des alten, sowie des neuen Merkblattes der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten lautet: „Enthaltsamkeit im geschlechtlichen Verkehr ist nach dem übereinstimmenden Urteil der Ärzte im Gegensatz zu einem viel verbreiteten Vorurteil in der Regel nicht gesundheitsschädlich." Da die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht allein von den ihr angehörigen Ärzten, sondern von dem übereinstimmenden Urteil der Ärzte überhaupt spricht, hält es Verfasser für seine Pflicht, seinen abweichenden Standpunkt zu begründen. Nur allzuleicht könnte man sonst meinen, dass auch hier der lateinische Satz gelte: qui tacet, consentit, wer schweigt, stimmt zu.

Luther im Jahre 1525, verheiratet.
(Nach einem Gemälde Cranachs.)

Wie es scheint, legen die angesehenen Ärzte der Gesellschaft den Hauptnachdruck auf die Worte „in der Regel", ohne jedoch diese etwas allgemeinen Worte näher zu erklären. Andernfalls würde ich es für unverständlich halten, daß Namen von so hervorragendem ärztlichen Klange, wie sie im Vorstande der Gesellschaft vertreten sind, Satz 1 des in Hunderttausenden von Exemplaren verbreiteten Merkblattes billigen konnten. Was heißt hier „in der Regel"? Regel ist die geschlechtliche Enthaltsamkeit im geschlechtsreifen Alter überhaupt nicht, sondern bei beiden Geschlechtern Ausnahme. Meist stellt

sie einen Ausnahmezustand weniger Jahre dar. Im Zusammenhange des Merkblattes kann der angeführte Satz nur folgende Bedeutung haben: Wenn die Mehrzahl der Menschen enthaltsam leben würde,

Luther im Jahre 1520, ledig.
(Nach einem Kupferstiche Cranachs.)

dann hätte der einzelne in der Regel durch die Enthaltsamkeit keine Gesundheitsschädigung zu erleiden. Diesem Satze stimme ich persönlich nicht zu. Am allerwenigsten halte ich es für zulässig, ihn als übereinstimmendes Urteil *der* Ärzte hinzustellen. Ich halte es für fest-

stehend, daß gesundheitliche Gefahren lange anhaltender geschlechtlicher Enthaltsamkeit einwandfrei und nicht als seltene Ausnahmen beobachtet wurden, und ich glaube daher eine ärztliche Pflicht zu erfüllen, wenn ich eine kurze Übersicht biete über die gesundheitlichen Gefahren lang anhaltender geschlechtlicher Enthaltsamkeit.

Geschlechtliche Enthaltsamkeit ruft bei dem alternden Mädchen eine Reihe körperlicher und seelischer Veränderungen hervor, die so häufig zur Beobachtung kommen, daß H. Ploß einen Typus der alten Jungfer anthropologisch gut abgrenzen konnte. Bei dem alternden Mädchen schwinden die Rosen der Wangen. Die Haut färbt sich fahl und grau. Die Lippen werden blaß und dünn. Die Nasenlippenfurche wird scharf ausgesprochen und tief. Unter den Augen entstehen zuerst leichte, dann immer tiefere Furchen. Am äußeren Augenwinkel tritt eine Gruppe seichter Hautfältchen auf. Die Augen erhalten einen matten Glanz, einen wehmütig klagenden Ausdruck. Die Stimme erhält einen scharfen, spitzen Beiklang. Aus den Flaumhaaren im Gesicht und am Kinn werden stärkere Haare. Die Brüste werden welk und hängend. Das Fettpolster vermindert sich. Obere Rippen, Schlüsselbeine, Ellbogen und Handwurzel springen infolgedessen deutlich vor. Hinterbacken, Schenkel und Waden magern zuletzt ab. Eine ausgesprochene seelische Verstimmung ist oft schon vom 22. Jahre an bemerkbar. Ploß empfiehlt als wirksames, kaum je versagendes Mittel geschlechtlichen Verkehr und zwar regelmäßig und geordnet.

Eine weitere Folge langer geschlechtlicher Enthaltsamkeit ist eine Erschwerung der ersten Geburt, die von Gusserow bereits durchschnittlich im 24. Lebensjahre beobachtet wurde, und die immer grösser wird, je älter die Erstgebärende ist. Es dürfte vermutlich wenige Praktiker geben, denen diese Schädigung unbekannt ist.

Daß auch bei enthaltsamen Männern ähnliche Erscheinungen auftreten, wie bei der typischen alten Jungfer, zeigt das Lutherbild Cranachs von 1520.

Ein Gemälde desselben Künstlers aus dem Ehejahre Luthers (1525) zeigt uns eine in die Augen springende Änderung, die wohl hauptsächlich auf die Befriedigung des Geschlechtstriebes zurückzuführen ist.

Geschlechtliche Nichtbefriedigung ist die Hauptquelle der Onanie, und durch Vermittlung der Onanie auch der reizbaren Nervenschwäche.

Bei Matrosen und in Pensionaten, in Gefängnissen und in Zwangskrankenhäusern für Dirnen ist die erworbene Homosexualität erschreckend häufig.

Die Einwirkung des Keuschheitsgelübdes auf das Seelenleben der Mönche dürfte in Fachkreisen hinlänglich bekannt sein; die Hinneigung dieser Enthaltsamen zu Geißelsucht und ähnlichem ist oft Gegenstand eingehender ärztlicher Untersuchung gewesen.

Die befremdlich hohe Zahl der Sittlichkeitsvergehen und -Verbrechen von Seiten der geistlichen Lehrer Frankreichs gegenüber den weltlichen zeigt doch wohl, daß die lange beherrschte Sinnenlust zu recht schlimmen plötzlichen Ausbrüchen führen kann, selbst bei sittlich hochstehenden, mit den heiligsten Idealen und mit den besten Absichten beginnenden Männern.

Wenn wir die Gefahren der Enthaltsamkeit kennen und wenn wir die Gefahren des Verkehrs, selbst des ehelichen Verkehrs, würdigen, wird es uns leichter gelingen, uns vor seelischem und körperlichem Leid zu schützen, als wenn wir die eine Hälfte der Gefahren totschweigen. Leider ist mit der Erkenntnis der Gefahr die Möglichkeit der Rettung nicht immer gegeben.

Bisher ist es nicht gelungen, eine gesundheitlich einwandfreie geschlechtliche Befriedigung für die Menge zu finden.

Die Ehe bringt einen oft unheilvollen Kinder„segen".

Schutzmittel vor der Befruchtung sind auch nicht immer gefahrlos. In nicht ganz seltenen Fällen versagen sie ihren Zweck oder schädigen einen oder beide Ehegatten.

Freie Liebe hat großenteils dieselben Gefahren, wie die Ehe, und noch einige neue dazu.

Prostitution ist die Mutter der Syphilis.

Bei all diesen Klippen wird wohl individuell zu verfahren sein, um den größtmöglichen körperlichen und vor allem seelischen Nutzen zu erzielen. Der eine erträgt die Enthaltsamkeit besser, der andere die Ehe mit beschränkter Kinderzahl. Der Dritte, ein Krösus, vermag fast ungehindert den mächtigen Trieb zu befriedigen, da er seiner Gattin die sorgsamste Pflege, seinen Kindern eine hinreichende Erziehung gewähren kann.

Eines aber schickt sich nicht für alle, auch nicht die „nach dem übereinstimmenden Urteile der Ärzte in der Regel gesundheitsunschädliche Enthaltsamkeit im geschlechtlichen Verkehr".

Für etwaige Rückäußerung in zustimmendem oder ablehnendem Sinne würde Verfasser dankbar sein.

Berlin Mai 1904.

Dr. med. Wilhelm Hammer.
NO 55, Froebelstr. 15.

Der Kampf gegen die Prostitution in New-York.

Wie in allen Großstädten, so macht sich auch in New-York die Prostitution mit allen ihren traurigen Nebenerscheinungen und Konsequenzen in erschreckender, die Sittlichkeit und Gesundheit gefährdender Art und Weise breit. Charakteristisch für die dortigen Verhältnisse sind besonders zwei Eigentümlichkeiten, die von deutschen Gepflogenheiten abweichen. Die erste ist hervorgerufen durch ein Gesetz, die sogenannte „Raines Law", welches den Gasthäusern an Sonntagen den Ausschank von Spirituosen verbietet. Um dieses Gesetz zu umgehen, haben sich sehr viele Restaurants in „Hôtels" verwandelt, indem sie eine Reihe von Zimmern mieteten und diese für Passanten einrichteten. Da diese Hôtels nun beiweitem die Nachfrage übersteigen, die Wirte aber nicht umsonst die Miete zahlen wollen, so sind sie auf den Ausweg verfallen, diese Zimmer ihren Besuchern für den Verkehr mit Prostituierten zur Verfügung zu stellen. Auf diese Weise verwandelten sich jene Pseudo-Hôtels in sogenannte „maisons de passe" und trugen durch die bequeme Gelegenheit und den direkten Anreiz sehr zur Verbreitung des Verkehrs mit Prostituierten bei. Die Polizei steht diesem Treiben verhältnismäßig machtlos gegenüber; sie ist zur Untätigkeit verdammt, gerade durch die Grösse der Aufgabe, die ihr gestellt ist.

Die Prostitution ist nach dem in New-York gültigen Gesetz ein Delikt im strafrechtlichen Sinne, d. h. die Sittenpolizei sollte jede weibliche Person, die gewerbsmässig Unzucht treibt, dem Verkehr entziehen und internieren. Diese Maßregel hat keinen anderen Erfolg gehabt, als zu einer entsetzlichen Korrumpierung der Polizei-Organe zu führen. Die Beamten, die naturgemäss nicht alle Prostituierten fangen und bestrafen können, sahen sich gezwungen, Ausnahmen zu machen, eine grosse Anzahl straffrei zu lassen. Es liegt in der Natur der Sache, daß sich die Prostituierten, resp. die Wirte und Kuppler, das Wohlwollen der Polizei, d. h. ihre eigene Straffreiheit, zu erkaufen suchen, und die New-Yorker Polizei ist der Versuchung der Bestechung, die naturgemäß mit diesem System verknüpft sein muss, in bedenklicher Weise erlegen. — Da nun die Maßregel, die Prostitution durch Strafbestimmungen zu beschränken, sich nicht nur als zwecklos, sondern auch als schädlich erwiesen hat, so kamen die leitenden Kreise der Stadt auf den Gedanken, es mit dem europäischen System der Reglementierung der

Prostitution zu versuchen. Es wurde eine Kommission von 15 Mitgliedern eingesetzt und ihr die Aufgabe gestellt, in der „alten Welt" das Reglementierungssystem und seine Erfolge zu studieren und auf seine Anwendbarkeit auf New-Yorker Verhältnisse zu prüfen. Diese Fünfzehnerkommission hat die Ergebnisse ihrer Prüfung in einer starken Broschüre zusammengefasst, deren Studium für Jeden, der sich mit dem Prostitutionsproblem befasst, von größtem Interesse sein dürfte. *) Der „Report" beginnt mit einem kurzen Überblick der Geschichte der Prostitution, vom Altertum, durch das Mittelalter hindurch, bis zu Anfang des 19. Jahrhunderts, mit seiner Einführung der Reglementierung und untersucht schließlich die Wirkungen derselben in den Kulturstaaten. Aus dieser Studie ziehen die Verfasser folgenden Schluß: „Die Tatsache, daß das Laster je nach Ort und Zeit in verschiedener Stärke auftritt, zeigt uns, dass es aus Ursachen entspringt, die von den jeweiligen Verhältnissen bedingt werden, und darin liegt die Möglichkeit, durch Beeinflussung dieser Verhältnisse die Ursachen, wenn auch nicht ganz aus dem Wege zu räumen, so doch so weit zu modifizieren, um das Laster in erheblicher Weise einzuschränken." Die Verfasser knüpfen an diese Betrachtung die Frage, ob die Reglementierung der Prostitution nun das geeignete Mittel sei, um die Ursachen des Lasters zu bekämpfen und seine schädlichen Folgen zu mildern, und um zu einer Beantwortung dieser Frage zu kommen, unterziehen sie die Statistik der verschiedenen Länder einer genauen Prüfung, die sie zu folgendem Resultat kommen lässt: „die Statistik" — so heisst es in dem Bericht — „ist ungenau und trügerisch, sie liefert uns keinen schlagenden, unantastbaren Beweis für oder wider die Reglementierung, denn sie ist erstens nicht einheitlich in ihrer Durchführung, ferner berücksichtigt sie immer nur einen ganz geringen Bruchteil von Patienten. Als ein Beweis, welch unklares Bild die Statistik von der Wirkung der Reglementierung giebt, ist folgendes Beispiel anzusehen. Um den Einfluss der Reglementierung auf den Gesundheitszustand der Armee zu prüfen, wurde in England in einigen Garnisonen die Reglementierung eingeführt, in anderen blieb die Prostitution unbewacht. Der Erfolg war eine Abnahme der venerischen Erkrankungen unter den Soldaten in den reglementierten Garnisonen. Die Erklärung hierfür liegt auf der Hand: die Prostituierte, die er-

*) Vergl.: The social Evil. A report prepared under the direction of the Comittee of Fifteen. Putnam's Sons. New-York & London 1902.

Digitized by Google

krankte, wanderte eben in die Städte aus, in denen sie unbehelligt blieb; daher gelang es wohl der Reglementierung, einen bestimmten, eng begrenzten Distrikt etwas zu sanieren, dafür wurden andere um so mehr verpestet und der Gesundheitszustand im Allgemeinen blieb unbeeinflußt. Andrerseits sind aber auch in Städten und Ländern, wie in Deutschland und Frankreich, wo die Kontrolle gleichmäßig gehandhabt wurde, erhebliche Schwankungen in Bezug auf die venerischen Erkrankungen konstatiert worden, ohne daß man eine Erklärung für diese Erscheinung zu finden wußte. Wenn nun das Studium der Statistik uns in keiner Weise für oder gegen die Reglementierung der Prostitution zu beeinflussen vermag, wie können wir zu einem abschließenden Urteile kommen? Indem wir die Frage vor das Forum der Moral, des gesunden Menschenverstandes, der Logik stellen und diese drei Faktoren beantworten die Frage nach einer zweckdienlichen Ausführbarkeit der Reglementierung mit einem „nein".

Dieses „nein", zu dem die Fünfzehnerkommission gekommen ist, begründet sie mit folgenden Argumenten: „Eine sanitäre Kontrolle steht im Widerspruch sowohl mit dem bürgerlichen Gesetz, das die Freiheit der Person und die Gleichheit aller vor dem Gesetz garantiert, wie auch mit den moralischen Anschauungen der meisten amerikanischen Bürger, deren sittliches Gefühl sich dagegen sträuben würde, die Prostitution zu einem, unter Bedingungen staatlich geschützten und anerkannten Gewerbe gestempelt zu sehen, denn der feine Unterschied, der in Europa zwischen „geduldet" und „anerkannt" in dieser Hinsicht gemacht wird, ist nicht stichhaltig vor dem Forum der Moral. Aber auch in praktischer Hinsicht muss die Reglementierung einflußlos auf den Gesundheitszustand bleiben, da dieselbe immer nur auf einen minimalen Teil der Prostituierten ausgedehnt werden kann, denn es widerspricht dem modernen Empfinden, Kinder und Jugendliche unter Kontrolle zu stellen, und doch sind gerade diese die gefährlichsten Trägerinnen der Krankheit. Die meisten Prostituierten aber sind nachweislich fast alle als Minderjährige auf die traurige Bahn des Lasters gedrängt worden, als Opfer der sozialen Verhältnisse, der Verführung. Bei diesen würde die Kontrolle in den meisten Fällen erst dann eintreten, wenn die Krankheit chronisch geworden ist." — Wenn nun auch die Fünfzehnerkommission die Frage, ob die Reglementierung der Prostitution die sittlichen Verhältnisse in New-York zu bessern vermöchte, mit einem „nein" beantwortet, so verwahrt sie sich doch energisch dagegen, daß das Ergebnis ihrer Studien nur ein negatives sei. Sie

macht im Gegenteil praktische Reformvorschläge. In erster Linie befürwortet sie die Aufhebung des oben gekennzeichneten Gesetzes, des Raines-Law; ferner will sie die Prostitution als solche nicht mehr als ein Vergehen gegen das Strafgesetz verfolgt wissen, weil diese Maßregel nur zu Bestechungen führt, das Übel selbst aber nicht einzudämmen vermag. Man sollte deshalb die Prostitution als solche straffrei lassen und nur ihre Auswüchse: jede Form der Kuppelei, die anrüchigen Lokale, die öffentliche Anlockung und Aufreizung zur Unzucht in strengster Weise verfolgen und bestrafen. Die Polizei kann allerdings das Laster nicht ausrotten, kann nicht alle Lasterhöhlen schließen, aber sie kann es hindern, daß diese Unzuchtsstätten durch augenfällige Abzeichen und Reklamen die Jugend anlocken und verführen, und damit wäre schon sehr viel erreicht, denn die Menschen zerfallen nicht in lasterhafte einerseits und tugendhafte andererseits, sondern die meisten wandeln auf der Grenzlinie zwischen Laster und Ehrbarkeit und erst die Versuchung bringt sie zu Fall, während ein wirksamer Schutz sie bewahren könnte.

Neben diesen Repressiv-Maßregeln befürwortet die Kommission eine ganze Reihe von prophylaktischen Reformen, besonders in bezug auf Jugendfürsorge. Der Kommissionsbericht schließt mit den Worten: „Man glaubt gewöhnlich, daß man im Kampfe gegen die Prostitution nur drei Wege einschlagen kann: entweder Reglementierung der Prostitution, oder Bestrafung, oder das Prinzip des Laissez-faire. Wir haben gezeigt, daß alle drei Wege nicht zum Ziele führen, sogar schädlich sind, daß es aber noch einen vierten Weg giebt, der geeignet ist, das Laster in seinen schlimmsten Konsequenzen für die Sittlichkeit und Gesundheit des Volkes einzudämmen, indem man die Ursachen der Prostitution bekämpft, durch soziale Reformen, und indem man die öffentlichen Ausschreitungen und Verführungen durch eine geeignete Sittenpolizei in Schranken hält, und indem man die Krankheiten bekämpft, durch Aufklärung einerseits, durch freie Behandlung andrerseits. Wenn wir auch nicht hoffen können, die Prostitution in absehbarer Zeit auszurotten, so sind wir doch überzeugt, daß wir, bei konsequenter Durchführung der vorgeschlagenen Maßregeln, daß größte soziale Uebel in erheblicher Weise einzuschränken vermögen."

Auch deutsche Hygieniker und Sozialreformer werden aus der Lektüre des amerikanischen Berichtes der Fünfzehnerkommission manche wertvolle Anregung schöpfen können, denn die Arbeit zeichnet sich durch weiten Blick und unbestechliche Objektivität aus. A. Pappritz.

II. Referate.

L. Heusner — Barmen: **Ein Fall von Prostatomia infrapubica** (Ctrlbl. f. Chir. 1904. Nr. 8).

Vor dem oberen Blasenschnitt hat das Verfahren den Vorzug der besseren Übersichtlichkeit und Zugängigkeit des Operationsfeldes, sowie der günstigen Abflussverhältnisse, vor der Prostatomia perinealis den Vorteil der grösseren Entfernung der Wunde von der Infektionsquelle des Afters und den der leichteren Vermeidbarkeit von Verletzungen der Ductus ejaculatorii und des Rectums voraus. Der N. dorsalis penis läßt sich bei der Ablösung leicht vermeiden, schwieriger die Beschädigung der Ven. dorsal. pen. und der tiefen Lymphgefässe, welche zwischen dem oberen Rand des Lig. transversum pelvis und Lig. arcuatum der Symphyse in das Becken treten.

Zweizeitige Operation an einem 74jährigen Mann, der ein 10jähriges „Katheterleben" geführt hatte; Heilung und Entfernung des Dauerkatheters in der 5. Woche. Bei kräftigen Patienten wird man auch einzeitig operieren können.

Durch Versuche an der Leiche hat sich H. nachträglich überzeugt, daß man auch ohne Abmeiselung der unteren Hälfte der Symphyse und absteigenden Schambeinäste zum Ziele kommt, wenn man die Prostata gehörig von der Innenseite der Schambeine ablöst, so daß man sie ganz unter dem Schambogen hervorziehen kann. W. von Schwab-Hamburg.

E. Hoke (Prag): **Urämischer Symptomencomplex mit eigentümlichem, charakteristischen Cylinderbefund im Harne, bedingt durch Embolie in eine Nierenarterie.** (Prager Medizinische Wochenschrift Nr. 11, 1904).

Die Patientin, welche an chronischer Endocarditis litt, wurde im bewußtlosen Zustande in die Klinik des Herrn Prof. v. Jaksch gebracht. Hier wurde die Diagnose auf Uraemie gestellt. Das Harnsediment zeigte ein interessantes mikroskopisches Bild: „ausgelaugte rote Blutzellen, außerdem solche, die auf schmalen, langen, durch mehrere Gesichtsfelder sich hinziehenden, bandartigen Cylindern von glasartiger Struktur in dichten Gruppen liegen", außerdem lange schmale granulierte Cylinder. Der eigenartige Cylinderbefund ist nach v. Jaksch charakteristisch für vorübergehende Zirkulationsstörungen in den Nieren, dieser zusammen mit dem blitzartigen Eintritt des Uraemie bei einer an chronischer Endocarditis leidenden Patientin und mit dem raschen Abklingen der Symptome berechtigte zu der Diagnose Niereninfarct, bedingt durch Embolie. Interessant ist auch der gleichzeitig erhobene Befund einer nephrogenen Glykosurie, die mit der Genesung gleichfalls verschwand. Blanck, Potsdam.

E. Pollak — Wien: **Die Gonorrhoe der paraurethralen Gänge des Weibes** (Ctrlbl. f. Gynäk. 1904. Nr. 9).

Nach Anführung der spärlichen Literatur über diese Infektion der Homologa der männlichen Prostata, auch Skene'sche Drüsen genannt, teilt Verfasser die Befunde von 100 der Untersuchung unterzogenen Frauen, deren

Urethralsekret sich gonokokkenhaltig erwiesen, mit: bei wegen andersartiger venereologischer Affektionen in klinischer Behandlung stehenden Frauen mit chronischer, resp. subakuter Gonorrhoe wurden in 25% äußerst reichliche Gonokokken gefunden. In 45% sämtlicher Fälle waren in dem Inhalt der paraurethralen Gänge zweifellos Gonokokken nachzuweisen, davon betrifft die gonorrhoische Affektion in 31 Fällen = 68, 88% den paraurethralen Gang bloß einer Seite, in den rückständigen 14 Fällen = 31, 11% waren beide Skene'schen Drüsen beteiligt.

Es wird sich deshalb empfehlen, bei der Aufnahme des gynäkologischen Befundes auch dem Inhalt der Skene'schen Drüsen, wie dies ja bezüglich der Urethra allgemein üblich ist, eine grössere Beachtung zu schenken. Mitteilung eines charakteristischen Falles, in dem im Verlauf der ehelichen Gemeinschaft eine neue Infektion beider Gatten von den in den Skene'schen Drüsen zurückgebliebenen virulenten oder höchstens in ihrer Virulenz abgeschwächten Gonokokken ausgegangen war. Schwab-Hamburg.

E. Finger: Über Misserfolge bei der Gonorrhoebehandlung. (Wien. kl. Rundschau Nr. 17 u. 18.)

F. spricht zuerst über die Behandlung der Urethritis anterior und empfiehlt dringend eine sofortige Behandlung mit den bekannten Antisepticis (Protargol, Largin, Argonin, Albargin, Ichtargan, Argentamin), von besondrer Wichtigkeit ist dabei die Anwendung einer Spritze von mindestens 10—12 cm. Inhalt, um die Schleimhaut völlig zur Entfaltung zu bringen. Die Injektionen sollen in gleichmäßigen Abständen ausgeführt werden und der Patient während der Behandlung sich zweckmäßig verhalten; besonders zu berücksichtigen sind die Pollutionen, die, falls sie häufig auftreten, eine Heilung hintanhalten. Der häufigste Mißerfolg der üblichen Gonorrhoebehandlung wird durch das Übersehen einer Urethritis posterior und Prostatitis erklärt. F. bespricht nun ausführlich die bekannte Methode der Diagnose der Ur. post. und Prostatitis und weist ganz besonders auf die Wichtigkeit der letzteren Komplikationen für die plötzlich auftretenden Rezidive anscheinend geheilter Gonorrhoen hin.
Dr A. Seelig-Königsberg i. Pr.).

Djatschkow (Petersburg): **2 Fälle von multiplen weichen Schankern.** (Rußki Journal Koschnich i Veneritscheskich Bolesney, Januar 1904).

In dem einen Falle hat Verfasser neben einem durchbrochenen Leistenbubo 58 stark eiternde weiche Schanker gezählt sie waren an verschiedenen Stellen des Penis, am Hodensack, in den Leistenfalten, um den Anus, sowie an der Symphyse lokalisiert. Sämtliche Geschwüre wurden ohne Ausnahme mit dem scharfen Löffel in zwei Sitzungen ausgekratzt, und zwar an dem einen Tage sämtliche Geschwüre in der Nähe der Genitalorgane, am folgenden Tage die Geschwüre an den Genitalorganen selbst. Die Geschwüre am Penis mußten nach 3 Tagen wieder ausgekratzt werden. Sämtliche Geschwüre heilten unter Jodoformpulver in einigen Tagen. — Im zweiten Falle zählte Verfasser an den Geschlechtsorganen und in deren Nachbarschaft 75 weiche Schanker von verschiedener Grösse, und zwar von Erbsen- bis Einmarkstückgröße. Auf der inneren Oberfläche des rechten Oberschenkels

befanden sich 23, auf der inneren Oberfläche des linken Oberschenkels 3, in der linken Leistenfalte 2, links oberhalb der Symphyse gleichfalls 2, links am Abdomen, der Crista ossis ilei entsprechend, 1, an der Glans und am Frenulum je 1, am Ende des Präputiums 5, am Hodensack 35, zusammen also 75 weiche Schanker. Behandlung: Zunächst Jodoform als Streupulver, dann Jodoformsalbe auf die inzwischen zum Durchbruch gelangten Bubonen. In 32 Tagen vollständige Heilung. M. Lubowski — Berlin-Wilmersdorf.

Djatschkow (Petersburg): 3 Fälle von weichem Schanker an den Fingern. (Russki Journal Koschnich i Veneritscheskich Bolesney, Januar 1904).

In dem ersten Falle bestanden am Zeigefinger 2 weiche Schanker, die durch Autoinfektion vom Penis aus herbeigeführt worden sind. Der ganze Prozeß hat $3^1/_2$ Wochen gedauert. Das Geschwür bot sämtliche charakteristischen Merkmale des Ulcus molle und war überhaupt in Bezug auf Verlauf und Heilungsvorgang normal. Es lag unmittelbar dem lateralen Nagelrand an und war infolgedeßen halbmondförmig. Das zweite Geschwür an der Dorsalfläche desselben Fingers entstand gleichfalls per autointoxicationem und hielt sich 15 Tage; es war von unregelmäßig ovaler Form und quer zur Längsachse des Fingers in einer der an dieser Stelle befindlichen Hautfurchen lokalisiert. — Die beiden übrigen Fälle bieten genau dieselben Verhältnisse wie der erste Fall, d. h. Autointoxikation als Ursache, sämtliche charakteristischen Merkmale des Ulcus molle; nur die Lokalisation des Geschwürs bot geringfügige Abweichungen in Abhängigkeit von der verschiedenen Eingangspforte des Virus. Dauer des Prozeßes: im zweiten Falle 14 Tage, im dritten etwas über 1 Monat. M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf.

Die Anomalien des Geschlechtstriebes und die Beurteilung von Sittlichkeitsverbrechen von **Arnemann-Großschweidnitz** (Reichs-Mediz.-Anzeiger 1904, IV, 6—9.)

Mit Berücksichtigung der Arbeiten von Krafft-Ebing, Moll, v. Schrenk-Notzing, Eulenburg, Tarnowsky, Bloch, Hirschfeld usw verbreitet sich A. über die verschiedenen Erscheinungsformen des perversen Sexualtriebes, besonders über Sadismus, Masochismus, Fetischismus, Exhibitionismus, konträre Sexualempfindung, Sodomie, Unzucht mit Kindern. Er bespricht die Anschauungen der verschiedenen Autoren über angeborene und erworbene Homosexualität, die sehr verschieden sind. Jedenfalls hat die intensive wissenschaftliche Beschäftigung mit den Abnormitäten des Sexuallebens den Wert gehabt, daß man den Sittlichkeitsdelikten im allgemeinen eine gerechtere Beurteilung zu teil werden läßt als früher. Man hat gelernt, daß dieselben oft genug Taten unzurechnungsfähiger oder wenigstens vermindert zurechnungsfähiger Personen sein können, und darum wird es immer mehr Brauch, ärztliche Sachverständige zu Rate zu ziehen. Von Seiten der Ärzte wird mit Recht verlangt, in folgenden Fällen eine Begutachtung eintreten zu lassen: wenn das Vergehen eine auffallende Roheit erkennen läßt, wenn eine mehrfache Wiederholung desselben Verbrechens beobachtet wird, wenn der Täter ein Greis ist, bei impulsiver Ausführung der Tat, wenn sich das Attentat auf ein Kind bezieht und in allen Fällen von Exhibitionismus.

Bernhard Schulze-Kiel.

Digitized by Google

Carl Alexander: Geschlechtskrankheiten und Kurpfuscherei. Flugschriften der Deutschen Gesellschaft z. Bek. d. Geschlechtskrankheiten. Heft 1. Leipzig 1904. Joh. Ambros. Barth.

Der durch seine Arbeiten gegen die Kurpfuscherei (Wahre und falsche Heilkunde etc.) bekannte Autor schildert hier eingehend die Beziehungen der Kurpfuscherei zu den Geschlechtskrankheiten. Ohne Bekämpfung der Kurpfuscherei keine wirksame Eindämmung der Geschlechtskrankheiten! Das beste Mittel zur Kurpfuschereibekämpfung ist die Änderung der Gesetzgebung, einstweilen würde aber schon eine Ergänzung des § 35 der R.-G.-O.: „bei Unzuverlässigkeit des Heilkunde Treibenden dessen Betrieb zu untersagen", und ferner das reichsgesetzliche Verbot der brieflichen Behandlung Erkrankter durch staatlich nicht approbierte Personen, Nutzen schaffen.

Ferdinand Epstein-Breslau.

G. Guttmann: Über die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für die Hygiene des Auges. Flugschr. der D. Ges. z. Bek. d. Geschlechtskrankheiten. Heft 2. Leipzig 04. Joh. Ambros. Barth.

In leicht verständlicher und erschöpfender Weise schildert Guttmann die Erkrankungen, welche das Auge durch die Geschlechtskrankheiten treffen kann, und hebt sehr richtig hervor, daß eine rückhaltlose eingehende Belehrung des großen Publikums in diesen Dingen unerläßlich ist, wenn wir großes Unglück verhüten und von vielen Tausenden unermeßliches soziales Elend abwenden wollen. Ferdinand Epstein-Breslau.

III. Besprechungen.

B. Rosinski (Königsberg i. Pr.) **Die Syphilis in der Schwangerschaft.** Mit 7 chromolithogr. Tafeln und 17 Abb. Stuttgart, F. Enke 1903. Geb. Mk. 10—.

Der Verf. hat ganz recht, wenn er meint, daß die Frage nach der uterinen Uebertragung der Syphilis bei den Geburtshelfern bisher nicht die ihr gebührende Würdigung erfahren habe, trotzdem bekanntlich gerade diese besonders oft mit den Folgezuständen der Lues zu tun haben und ihren Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt beobachten können. Da ein zusammenfassendes Werk darüber bisher seltsamer Weise in der geburtshilflichen Literatur fehlte, so verdient R. schon darum den Dank aller Fachgenossen für seine mit außerordentlichem Fleiß aufgefaßte und — sagen wir dies gleich schon hier — in glücklicher Weise durchgeführte Arbeit. Manche Fragen sind auf dem viel umstrittenen Gebiete noch kontrovers und gerade dieser hat sich R. mit besonderer Liebe angenommen; ich erwähne nur herausgreifend den Streit über die Wegsamkeit der intakten Placenta für das syphilitische Virus, die Verhältnisse der postkonzeptionellen Uebertragung, den Absatz über die divergierenden Anschauungen betreffs der Kontagiösität des Sperma und die parasyphilitischen Erkrankungen. Am ein-

Digitized by Google

gehendsten sind von R. die spezifischen Placentarveränderungen berücksichtigt, und zwar hat Verf. nicht nur die Arbeiten aus der Literatur besprochen und kritisch beleuchtet — die meisten Forscher sind nach R. zu falschen Schlüssen gekommen —, sondern er weiß auch seine eigenen Ansichten durch eminent fleißige Untersuchungen, durch ebenso vorzügliche wie exakte mikroskopische Abbildungen wie durch interessante Krankengeschichten zu festigen.

Ein Referat kann nur in kurzen Sätzen die Hauptergebnisse der R.'schen Arbeit geben, — diese Angabe aber verdient das Buch auch im Rahmen des Referates: Die Mutter eines ex patre syphilitischen Kindes kann gesund bleiben. Die Möglichkeit der placentaren Infektion wird zugegeben, doch scheint bei Lues das Freibleiben der fötalen Blutbahn die Regel zu sein. Die Schwangerschaftsresultate sind bei rein väterlicher Uebertragung (scheinbar) bessere, als wenn die Mutter beteiligt ist. Die Schwere der Erscheinungen ist abhängig vom Alter und der Behandlung der Syphilis der Erzeuger, bei Uebertragung mütterlicherseits kommt noch die Intoxikation und die Schädigung der Decidua in Betracht; ob eine gemischte Uebertragung von Vater und Mutter zugleich stattfindet, ist mehr als zweifelhaft. Die Gefahr für den foetus ist um so grösser, je frühzeitiger das Virus seinem Organismus einverleibt wird. Die Infektiösität des Sperma ist nur eine bedingte und in der nicht kontagiösen Periode der Diathese an die Gravidität gebunden, in der kontagiösen Periode ist das Sperma befähigt, durch Kontakt zu infizieren. Gewisse kongenitale Bildungsanomalien, besonders der chronische Hydrocephalus müssen in irgend welchen Beziehungen zur Syphilis der Erzeuger stehen. Eine spezifische Behandlung vermag die kongenitale Uebertragungsfähigkeit zu vernichten oder wenigstens stark herabzusetzen, aber auch ohne Behandlung kann uterine Ansteckung ausbleiben; bei Zwillingen kann auch ungleiche Uebertragung stattfinden und ein Kind gesund bleiben.

Das klinische und anatomische Symptomenbild der Graviditätssyphilis ist von R. unter Berücksichtigung sämtlicher Organe mit Hilfe ausgezeichneter chromolithographischer Tafeln dargestellt, in erster Linie die sowohl inhaltlich wie illustrativ außerordentlich scharf und fein wiedergegebenen Veränderungen der Placenta. — Dieser Absatz ist wohl der beste des ganzen Buches und muß im Original nachgelesen werden; nachdrücklich ist zu betonen, daß die Diagnose der Syphilis der Serotina als unsicher zu betrachten ist, so lange sie sich auf die uns bis jetzt bekannten Kriterien stützt.

Was die Prognose und Therapie — letztere ist leider etwas zu kurz weggekommen — angeht, so ist es sicher, daß denjenigen Kindern, welche in der Säuglingsperiode die Symptome der Frühlues zeigen, auch nachher noch ernste Gefahren im Erscheinen der Spätformen drohen. Eine Behandlung ist stets nötig, wenn auch die uterine Ansteckung damit nicht gleich schwindet. Nach Ablauf von 5 Jahren soll den Syphilitikern, wenn vorschriftsmäßig verfahren wurde, die Erlaubnis zur Ehe nicht verweigert werden, in Ausnahmefällen nach 3 Jahren, eine Präventivkur ist stets anzuraten, Merkurialisierung der von einem luetischen Manne geschwängerten Mutter immer wünschenswert. Hat die Gravidität mit der Geburt einer luetischen Frucht

geendet, so ist nicht zu behandeln, da die Mutter immun ist. Das Stillen eines von luetischen Eltern stammenden Kindes durch fremde Ammen ist nicht erlaubt. Das luetische Kind ist innerlich (Calomel, Hydrarg. tannic., Hydrarg. jodat. flav., Hydrarg. c. creta) und äußerlich (Sublimatbäder, Innuctionskur) und mit Injektionen zu behandeln.

Beim Lesen des R.'schen Buches kommt man in Versuchung, die Grenzen des Referates zu überschreiten; seine Lektüre sei aufs wärmste empfohlen. Daß die Ausstattung eine vorzügliche ist, braucht bei Enke kaum gesagt zu werden. Vogel (Aachen).

Professeur Tarnowsky. L'Instinct sexuel et ses Manifestations morbides au double point de vue de la Jurisprudence et de la Psychiatrie.

Préface du professeur Lacassagne. Ouvrage suivi d'une Bibliographie générale des ouvrages traitant de l'inversion sexuelle.

Paris. Charles Carrington, Libraire-Éditeur 13 Faubourg Montmartre 1904.

Das hier in französischer Uebersetzung vorliegende Werk Tarnowsky's erschien bereits 1885 zum ersten Mal in russischer Sprache. Wie viele Auflagen es inzwischen erlebt, ist aus der französischen Uebersetzung ebenso wenig ersichtlich, als das Publikationsjahr der russischen Ausgabe, welche der Übersetzung zu Grunde liegt. Das Schweigen des Übersetzers über diese Punkte ist wol kein ganz zufälliges und verdient umsomehr hervorgehoben zu werden, als Titel und Inhalt des Werkes sich keineswegs entsprechen. Der „Geschlechtstrieb und seine krankhaften Äußerungen" lautet der Titel, während die einzelnen Abschnitte des Buches lediglich sich mit der conträren Sexualempfindung des Mannes beschäftigen.

In der Einleitung betont der Verfasser die Vorzüge, welche die rein klinische Untersuchung der in Betracht kommenden Fälle gegenüber der gerichtlich-medizinischen Exploration besitzt. Dem Kliniker gegenüber, bei dem das Individuum Rat sucht, äußert sich dasselbe ohne jeden Rückhalt über seinen Zustand, während es dem Gerichtsarzt gegenüber nur das zugesteht, was seinem Interesse als Angeklagten entspricht. Der Autor erwähnt auch, daß — wenigstens in den großen Städten — die Päderasten zumeist miteinander bekannt sind und gewöhnlich dieselben Ärzte konsultieren. Dies ermöglichte es dem Autor, ein großes Beobachtungsmaterial in Bezug auf die Päderastie zu sammeln.

Der Autor sondert die von ihm besprochenen Fälle in 3 Gruppen; Gruppe A. umfaßt:

1. die congenitale Homosexualität (congenitale Päderastie),
2. die periodische sexuelle Inversion (periodische Päderastie),
3. die sexuelle Inversion bei den Epileptischen (epileptische Päderastie).

Der Gruppe B. gehören an:

1. die acquirierte Päderastie,
2. die sexuelle Inversion bei seniler Demenz (senile Päderastie),
3. die sexuelle Inversion bei progressiver Paralyse (Päderastie der Paralytiker).

In Gruppe C. werden komplexe Formen der sexuellen Perversion behandelt.

Digitized by Google

Der Autor erwähnt hier, daß die Päderasten sich gegenseitig an gewissen Eigentümlichkeiten des Äußeren, der Haltung, des Ganges, der Sprache etc. erkennen, und dergestalt in gewissem Maße Gesellschaften bilden, welche für die Gestaltung und Weiterbildung der abnormen Triebrichtung von erheblichem Einflusse sich erweisen. Aktive und passive Päderastie können gelegentlich abwechseln oder auch mit anderen Formen abnormer sexueller Befriedigung (mutuelle Onanie, C. per os) sich kombinieren.

Der Autor geht im Weiteren auf die sexuellen Perversionen bei den römischen Caesaren ein und zeigt, daß bei denselben die Varietäten wohl vertreten waren, wie uns die neuzeitliche, ärztliche Erfahrung zu unterscheiden gelehrt hat. In Petersburg übersteigt die Zahl der aktiven Päderasten die der passiven bedeutend, und nehmen Leute aus den unteren Volksschichten päderastische Verführungsversuche gewöhnlich sehr gleichgiltig hin. Erpressungsversuche sind in Rußland viel seltener, als in anderen Ländern, was wohl damit zusammenhängen mag, daß in Rußland der Erpresser, namentlich wenn sich seine Denunziation gegen eine höherstehende Persönlichkeit richtet, viel mehr Aussicht hat, sofort selbst gefaßt zu werden, als mit seiner Anklage einen Erfolg zu erzielen, was in Deutschland z. B. leider nicht der Fell ist.

Der Autor erwähnt auch, daß die gegen einen höheren Beamten gerichtete erfolgreiche Denunziation eines männlichen Prostituierten in Petersburg bei diesen Individuen zu einer förmlichen Erpressungsmanie für einige Zeit führte.

Der Hauptteil des Kapitels ist der eingehenden Erörterung der Diagnose der passiven und aktiven Päderastie, insbesondere der ersteren, gewidmet, wobei die Einzelheiten der Veränderungen der Analgegend bei den Kynäden, wie die des Penis bei den aktiven Päderasten, außerordentlich gründlich erörtert werden. Es wird dabei auch erwähnt, daß bei den Kynaeden inducierte Schanker am Anus sich häufig finden, während das Ulcus molle des Anus eine Seltenheit bildet und Gonorrhoe des Rectum noch seltener beobachtet wird. Am Schlusse dieser diagnostischen Erörterungen muß der Autor jedoch zugestehen, daß die Feststellung der Päderastie nicht immer sicher gelingt, namentlich gilt es für die Fälle, in welchen der päderastische Akt nicht häufig geübt wird.

Der Autor geht des Näheren auch auf die Diagnose der einzelnen von ihm unterschiedenen aetiologischen Formen der Päderastie ein, wobei seine Ausführungen, neben vielem Zutreffenden und Beachtenswerten, auch manches nicht ganz Einwandfreie bringen. Den Schluß bildet eine Zusammenstellung der Literatur über Homosexualität. —

Das Buch Tarnowsky's ist, wie aus dem Angeführten hervorgehen dürfte, vorwaltend von forensisch-medizinischer Bedeutung; es bildet aber auch einen schätzenswerten Beitrag zur Psychopathologia sexualis und gewinnt schließlich auch dadurch Interesse, daß es in gewissem Maße einen Ausschnitt aus den russischen Kulturverhältnissen bietet.

L. Loewenfeld-München.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Digitized by Google

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—)
Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 3.

Heft 6. **Anfang Juli 1904.** Jahrgang I.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *G. Berg-Frankfurt a. M.:* (Vom VII. französischen Urologenkongreß): „Die Urogenitaltuberkulose." (Schluß).
2. *Georg Fraenkel:* „Hetralin, ein wirksames Mittel gegen Cystitis und Pyelitis." — Aus der gynaekolog. Klinik und Poliklinik von Dr. Müllerheim-Berlin. —
3. *Heinrich Loeb-Mannheim:* „Circumcision und Syphilis-Prophylaxe."
4. *Ferd. Kleinertz-Stuttgart:* „Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe."
5. *L. Eisenstadt-Berlin:* „Die Aufgaben des Arztes im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten."
6. *Max Marcuse-Berlin:* „Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechts-Verkehr raten?"

II. Referate:

1. *J. Bakes:* Ein neues Verfahren zur operativen Therapie der chronischen Nephritis.
2. *Paul Thorndike-Boston:* When and how shall we operate for obstructing hypertrophy of the prostate gland?
3. *A. G. Fauld's:* Oxygen gas for Cystoscopy.
4. Incontinence d'urine guérie par la ponction lombaire.
5. *Albert Freudenberg:* De la stérilisation des sondes en gomme et en caoutchouc par la vapeur et de leur conservation stérile.
6. *Young:* Verengerung des unteren Endes des Harnleiters durch Druck einer entzündeten Samenblase.
7. *A. Millant:* Parésie et crises vésicales préataxiques traitées par l'électricité.

8. *Rudolph Bloch-Prag:* Ueber eigentliche Hauttuberkulose (Tuberc. cutis propria Kaposi) des Penis bei Urogenitaltuberkulose, nebst einigen Bemerkungen über verschiedene Formen von Perlurethritis.
9. *F. Besing:* Die Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe des Mannes.
10. *Vincenz Pavec-Semlin:* Ueber Venerie und Syphilis in Bosnien und Herzegowina in ihrem Zusammenhange mit dem Familien- und Geschlechtsleben der dortigen Mohammedaner.

III. **Besprechungen:**

1. *G. Luys:* La séparation de l'urine des deux reins.
2. *W. Hanauer:* Geschichte der Prostitution in Frankfurt a. M.
3. *Karl Ries-Stuttgart:* Ueber unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen.

I. Originalarbeiten.

Vom VII. französischen Urologenkongreß.

Die Urogenitaltuberkulose.

Dr. **Georg Berg-Frankfurt a. M.**

(Schluß.)

Aus diesen Studien geht also hervor, daß die tuberkulose Affektion der Harnorgane zweifellos, wenn auch nur relativ und um den Preis ausgedehnter Zerstörungen, heilbar ist. Gleichwohl darf man man sich in der Praxis auf diese Naturheilung nicht zu sehr verlassen, und die chirurgische Entfernung des isolierten tuberkulösen Herdes muß hier, wie anderswo, wenn sie möglich ist, die absolute Regel in der Therapie bleiben. Ist sie aber unmöglich, so brauchen wir noch nicht zu verzweifeln. Durch eine lange und geduldig fortgesetzte Allgemeinbehandlung, unterstützt von lokal anzuwendenden erprobten Mitteln, werden wir dem natürlichen Bestreben des Organismus zur Heilung nachhelfen können. Wir werden in diesen ungünstigen Fällen das Leben der Kranken verlängern und es erträglich machen können.

Albarran kann der Ansicht von der häufigen Spontanheilung der Nierentuberkulose durch Obliteration des zugehörigen Ureters nicht beitreten. Er hat bei seinen 60 Nephrectomieen wegen tuberkulöser

Nieren nur ein einziges Mal vollständige Obliteration des Ureters konstatieren können.

Bernard macht darauf aufmerksam, daß die Spontanheilung der Nierentuberkulose durch Obliteration des Ureters, die Isolierung der käsigen Herde durch Cystenbildung, nur sehr langsam und mit fortwährender Intoxikationsgefahr des Gesamtorganismus, vor sich gehe, sehr häufig werde die andere, anfänglich gesunde Niere mit ergriffen.

Le Fur konstatiert, daß das Ergebnis der Verhandlungen über die Urogenitaltuberkulose auf jeden Fall die Möglichkeit einer Spontanheilung festgestellt hat; ob dieselbe auch eine definitive ist, fällt nicht so sehr ins Gewicht. Denn ist es denn nichts, sagt er, wenn man einem Kranken 10, 12 und 15 Jahre Ruhe gewährt? Bei welcher Zahl von Jahren würde man denn das Recht haben, von Heilung sprechen zu können? Er beruft sich speziell auf einen Fall, der seit 7 Jahren geheilt ist. Wollte man einem solchen Kranken sagen „Lassen Sie sich operieren, denn ihre Erscheinungen könnten wiederkehren", so würde man wenig Sympathie zu erwarten haben. Der Kranke ist berechtigt, an den Chirurgen folgende Fragen zu stellen:

1. Sind die Chancen des Wiederauftretens der Tuberkulose nach einer zeitweiligen Heilung gross, und sieht man nicht im Gegenteil oft genug sehr lange Perioden der Ruhe, selbst definitiver Heilung?

2. Trübt ein solches Wiedererscheinen beträchtlich die Prognose, und kann dasselbe nicht vielmehr wiederum einer gut durchgeführten Allgemeinbehandlung weichen?

Eine präcise Antwort auf diese Fragen kann der Chirurg aber nicht geben, und deshalb darf eine so ernste Operation, deren Komplikationen nicht vorauszusehen sind, jedenfalls nicht bei Kranken vorgenommen werden, deren Allgemeinzustand, bei Einleitung einer sorgfältigen Behandlung, die günstigsten Chancen auf Heilung bietet. Man darf nicht einwenden, daß man häufig zu spät kommt, wenn das Allgemeinbefinden schon zu sehr darniederliegt. Es giebt eine Grenze und einen Markstein, den zu erkennen einem klinisch veranlagten Geiste nicht schwer fallen wird. Außerdem ist noch zu berücksichtigen, daß niemand dafür bürgen kann, daß die Nierentuberkulose nicht sekundärer Natur ist, und daß der primäre Herd in den Lungen, im Darm oder im lymphoiden Gewebe sitzt. Die Untersuchungen Halle's, der unter 26 Fällen von Tuberkulose des Harntraktus 16 × vollständige und 10 × teilweise Obliteration des Ureters gefunden hat, fordern geradezu zur abwartenden Allgemeinbehandlung auf. Noch einmal er-

hebt sich Albarran, um, unterstützt von Pousson, auf die Gefahren der von Le Fur vertretenen Ansicht aufmerksam zu machen und dieselbe aufs energischste zu bekämpfen. Die wenigen Fälle von totaler Obliteration des Ureters ausgenommen, solle man ihm erst die Niere zeigen, in der eine fibröse Transformation der tuberkulösen Läsion stattgefunden habe, und welche doch ihre Funktion bewahrt hätte oder bei der der Rest des Parenchyms gesund geblieben wäre. Und wenn das in seltenen Fällen auch einmal vorkommt, was will das bedeuten im Hinblick auf die gewöhnlichen fürchterlichen Komplikationen, denen man beim Zuwarten ausgesetzt wird: septischen Retentionen, den so oft beschriebenen Sekundärinfektionen, den absteigenden Infektionen der Blase, gegen die man dann so häufig wehrlos ist, Infektion der anderen Niere, schliesslich allgemeine Intoxikation? Wozu auch eine problematische Heilung abwarten, wenn wir eine Niere durch eine verhältnismäßig ungefährliche Operation, besser als die Natur es vermag, entfernen können? Die Funktionsprüfung beider Nieren gestattet eine frühe Diagnose. Eine ganze Reihe von Fällen könne er anführen, die durch eine frühzeitig gemachte Operation in einigen Wochen dem sozialen Leben wiedergegeben seien. Ebenso könne er Kranke zeigen, die erst später operiert wurden, nachdem der Prozeß schon größere Fortschritte gemacht. Bei diesen sei die Heilung als weniger gelungen zu bezeichnen; diejenigen Unglücklichen gar, bei denen man erst zu spät, durch Komplikationen gedrängt, zur Operation geschritten ist, sind einige Monate darauf gestorben.

Diese Ansichten stellen so ziemlich die beiden entgegengesetzten Pole dar, um die sich z. Z. die Frage der Urogenitaltuberkulose vom chirurgischen Standpunkt aus dreht. Beide Referenten haben wohl etwas über das Ziel hinausgeschossen. Ich verfüge über 2 Fälle von ausgesprochener Urogenitaltuberkulose, mikroskopisch und kulturell nachgewiesen, den einen seit dem Jahre 1896, den andern seit 1898 beobachtet, die, obwohl nicht operiert, seit Jahr und Tag dem sozialen Leben wiedergegeben sind. Der eine Fall ist so markant, daß mir seine Wiedergabe mit wenigen Worten, hier am Platze erscheint. Eine 25-jährige Virgo, Fernsprechgehilfin, konsultierte mich im November 1896, nachdem sie bereits seit 1 Jahr wegen starken Harndrangs, stündlich Tag und Nachts, trübem Urin, ärztliche Hilfe in Anspruch genommen hatte. Sie ist hereditär nicht belastet. Die rechte Abdominalhälfte, 2 Finger breit unter dem Rippenbogen angefangen, bis etwa ebensoweit über dem Darmbeinkamme, wird von einem Tumor eingenommen,

der sich bei der Untersuchung als die rechte, so unförmig vergrößerte Niere darstellt. Urinmenge $2^1/_2$ Liter, Eiweiß $1^1/_2$ gr. pro mille, Mikroskop: Eiter, Epithelien, rote Blutkörperchen und vereinzelt Tb, Cultur = Tb. Cystoskopie: an der rechten Ureteröffnung deutlicher kraterförmiger Ulcus, es entleert sich von hier, im Gegensatz zur linken Seite, stark getrübter Urin. Die Kranke war allmählich, trotz sorgfältiger Lokaltherapie, sehr heruntergekommen. Die vorgeschlagene Operation: Nephrectomie der Cystenniere wurde jedoch verweigert.

Für die Schleimhautoberfläche ist die Ausheilung der tuberkulösen Erkrankung seltener, doch ist sie möglich. Im Ureter kann, wie wir gesehen haben, die vollständige Heilung durch fibröse Obliteration nach Entfernung der tuberkulösen Infiltration stattfinden, ebenso ausnahmsweise in der Urethra. (Ein solcher Fall ist von Hallé publiziert). In der Blase sind die Bedingungen ungünstiger. Form und Funktion des Organs lassen keine narbige Obliteration zu. Außerdem tragen die hier unter pathologischen Verhältnissen fast unvermeidlichen Sekundärinfektionen zur Verschleppung und Verschlimmerung der tuberkulösen Läsion bei. Sie endigt sehr häufig mit der fast völligen Zerstörung des Organs. Gleichwohl ist auch in der Blase eine Heilung möglich. Man hat solche durch eine planvoll durchgeführte topische Behandlung unterstützt von einer sorgfältigen Allgemeinbehandlung, beobachtet ebenso wie nach der Nephrectomie. Auch in den ungünstigsten Fällen, wo die tuberkulöse Infiltration sich auf die ganze Blasenwand erstreckt, kann der Prozeß auf dem gewöhnlichen Wege durch Elimination unfibröse Vernarbung zur Heilung kommen. Man findet manchmal bei der Autopsie chronischer alter Urogenitaltuberkulose sehr kleine Blasen, die auf das Volumen einer Nuß oder noch weniger reduziert sind. Der Schnitt einer solchen Blasenwand besteht fast ausschließlich aus fibrösem Bindegewebe mit einigen eingestreuten Spuren von sclerosiertem Muskellager. Die innere Oberfläche wird durch eine dichte Lage von embryonärem Zellgewebe gebildet, welche sehr gefäßreich ist und manchmal fungöse Wucherungen aufweist, aber es ist unmöglich bei histologischer Behandlung, eine Spur eines tuberkulösen Elementes zu finden. In anderen seltenen Fällen kann man den Prozeß der Ausheilung der Blasenläsionen noch unter einer anderen Form beobachten. Bei der Autopsie ist die Blase sehr groß, ausgedehnt mit dünnen und schlaffen Wänden, die an ihrer inneren Oberfläche glatt sind. Auf dem Schnitt ist die Wand in ihrer ganzen Ausdehnung aus 2 Lagern zusammengesetzt: einem äußeren fibro-adipösen und einem inneren

embryonären. Das ist also noch ein Modus der Zerstörung und totaler Entfernung tuberkulöser Herde mit passiver, sekundärer Ausdehnung der Blase. —

Es blieb mir also nichts übrig, als mit der lokalen Therapie, Sublimatinstillationen, Guiacol etc. fortzufahren und dabei eine kräftigende Allgemeintherapie einzuleiten. Wider Erwarten besserte sich allmählich, wenn auch langsam, der Zustand. Es kamen wohl noch einzelne Remissionen, aber seit ca. 5 Jahren versieht Pat. bei scheinbar völligem Wohlbefinden ihren Dienst. Wahrscheinlich ist auch hier durch allmähliche Ureterobliteration der Prozeß auf die Niere beschränkt geblieben, die denn, nach den oben beschriebenen histologischen Umwandlungen, als völlig ausgeschaltet betrachtet werden darf. — Auf der anderen Seite habe ich 6 Fälle von nachgewiesener Urogenitaltuberkulose, allerdings meist in späterem Stadium, eingehend beobachtet, die sämtlich meist nach kürzerer Zeit, ohne Operation verschieden sind. — Die Wahrheit dürfte wohl, wie immer, in der Mitte liegen. Aber den Zeitpunkt zu bestimmen, bei dem man operativ einschreiten muß, das ist sicher nicht leicht. Außerdem ist zu bedenken, daß ein primärer Herd schon in anderen Organen sitzen und jeder Zeit wieder zu einer neuen Etappe Veranlassung geben kann.

Was das Befallensein des Hodens betrifft, so bin ich im Gegensatz zu Simon, Koenig, von Büngner, welche ein radikales Vorgehen befürworten, auf Grund meiner Erfahrungen*) für eine möglichst konservative Therapie wiederholt eingetreten.**) Für eine solche haben sich auch u. a. Gußenbauer, Bier und Schlange entschieden.

Hetralin, ein wirksames Mittel gegen Cystitis und Pyelitis.

Von **Georg Fraenkel.**

Aus der gynaekolog. Klinik und Poliklinik von Dr. Müllerheim-Berlin.

Ein berühmter Berliner Kliniker pflegte zuweilen zu sagen: „Die purifizierenden Arbeiten sind oft nützlicher als die produzierenden". Auf keinem Gebiete springt die Wahrheit dieses Satzes mehr in die Augen

---

*) S. „Monatsschrift für prakt. Dermatologie" XVII, 1893.

**) „Wiener Medizinische Wochenschrift" Nr. 2, 1904.

als auf dem Felde der allzu reichlich emporsprießenden Blüten der pharmazeutischen Industrie. Mit Vorsicht und Skepsis nimmt der Arzt die übermäßig häufig angebotenen neueren Arzneimittel auf, da er die Erfahrung gemacht hat, daß erst nach längerer Prüfung die schädlichen Folgen eines Mittels entdeckt werden.

Wenn aber trotz dieser Zurückhaltung und Scheu immer wieder neue Medikamente auftauchen, so spricht dies wohl dafür, daß bei manchen Krankheiten die bisherigen Mittel nicht ausreichten und daß man die unangenehmen und schädlichen Nebenwirkungen durch Verbesserung des Bisherigen beseitigen wollte.

In der Behandlung der Harnkrankheiten stehen uns schon eine ganze Reihe brauchbarer und nützlicher innerer Mittel zur Verfügung, wie Salol, Urotropin, Helmitol etc. Aber trotzdem begegneten uns immer noch solche Fälle, in denen diese den gewünschten Heilerfolg nicht brachten.

Eine Erfahrung, die Dr. Müllerheim in Gemeinschaft mit dem Privatdozenten Dr. Lazarus an einem Krankenbette machte, lenkte seine Aufmerksamkeit auf ein neues Mittel, das Hetralin. Die Frau eines Kollegen, welche seit vielen Wochen an schwerer Cystitis und Pyelitis gelitten und die Harnantiseptica, soweit sie bekannt sind, angewandt hatte, zeigte nach dem Gebrauch von Hetralin eine so prompte Besserung in ihrem Befinden, daß M. beschloß, das Mittel in ähnlichen Fällen wieder anzuwenden. Da er auch bei seinen späteren Beobachtungen einen günstigen Eindruck von der Wirkung des Hetralins erhielt, so veranlaßte er mich, einen Auszug der betreffenden Fälle aus den Krankenjournalen zu machen, um aus einer größeren Beobachtungsreihe mit dem Hetralin ein eigenes Urteil zu gewinnen, obwohl das Medikament schon im „Dermatologischen Centralblatt" Nr. 12, 1903, von R. Ledermann und in der „Allgem. Medizin. Central-Zeitung" Nr. 19, 1904, von H. Lohnstein warm empfohlen worden ist.

Das Hetralin ist ein Derivat des bekannten Hexamethylentetramins (Urotropin); es ist ein schneeweißer, in Nadeln krystallisierender Körper von stark süßem Geschmack. Das Medikament ist durchaus luftbeständig. Beim Erhitzen in Schmelzpunktröhrchen beginnt die Zersetzung erst oberhalb 160 Grad Celsius. Es ist leicht löslich in Alkohol und Wasser; in letzterem löst es sich in der Kälte im Verhältnis von 1 : 14, in der Wärme im Verhältnis von 1 : 4.

Was die chemische Zusammensetzung anlangt, so ist das Hetralin

Digitized by Google

ein Dioxybenzol-hexamethylentetramin, d. h. eine Verbindung von Hexamethylentramin mit einem zweiwertigen Phenol.

Die Wirkung des Mittels im menschlichen Organismus ist so zu erklären, daß der Phenolkörper seine charakteristischen desinfizierenden Eigenschaften entfaltet und durch seine acidifizierende Kraft die Formaldehydabspaltung aus dem Hexamethylentetramin besonders im alkalischen Harn erleichtert. In Wasser dissoziiert der Körper sehr leicht, besonders bei Gegenwart von Säuren, also im Magen.

Die tägliche Dosis schwankt im Allgemeinen zwischen 1,5 bis 3 Gramm. Nach Berichten anderer sollen 5 Gramm pro die ohne schädliche Nebenwirkung vertragen worden sein.

Zur Anwendung kam das Mittel bei 40—50 Patienten, doch sollen nur die ersten 30 Fälle aufgeführt werden, um Wiederholungen zu vermeiden.

Fall I.

26. Juli 1903. Frau S., 21 J. alt, im 9. Mon. d. Gravidität. Harndrang stündlich, Tag und Nacht. Urin trüb, schwach sauer, mit zahlreichen oberflächlichen und tiefen Blasenepithelien. Urotropin 0,5 3× tgl.

28. Juli. Intensive Schmerzen in der linken Nierengegend. Druckempfindlichkeit der linken Niere. Kein Fieber. Im Urin zahlreiche Leukozyten und Epithelien mit bläßchenförmigem Kern (Nierenepithelien). Kein Fieber. Bettruhe. Diät. Urotropin.

29. Juli. Elendes Aussehen. Kein Fieber. Nachts war Morphium wegen lebhafter Schmerzen in der linken Nierengegend erforderlich. Zahlreiche Leukozyten und große runde Epithelien (= Nierenepithelien) Urotropin.

5. Aug. Temp. 39°. Urin sehr trüb mit zahlreichen Leukozyten. Therap. ead.

6. Aug. Schüttelfrost, 39,8. Zangenentbindung.
Abends tiefer Collaps, Camphor.

7. Aug. Kein Fieber. Urin nicht klar aufzufangen.

9. Aug. Schmerzhafter Harndrang. Sehr zahlreiche Leukozyten und Bakterien im katheterisierten Urin.
Hetralin 0,5 dreimal täglich.

10. Aug. Tenesmus geringer. Hetralin 3×0,5 g.

11. Aug. Katheterisierter Urin viel klarer, schwach sauer mit wenig Leukozyten. Hetralin 3×0,5 g.

14. Aug. Urin klar, sauer, ohne Epithelien, mit ganz spärlichen Leukozyten. Keine Cylinder im zentrifugierten Urin. Keine spontane Schmerzempfindlichkeit. Ther. ead.

31. Aug. Urin andauernd klar.

Fall II.

8. Sept. 1903. F. E. 20 Jahre alt. Catarrhus urethrae et cervicis uteri ohne Gonococcen. Häufiger Harndrang Tag und Nacht. Urin schwach sauer, mit zahlreichen z. T. facettierten, also tieferen Blasenepithelien. Bettruhe. Warme Umschläge. Diät, dreimal täglich 0,5 g. Hetralin.

10. Sept. Tenesmus d. Blase seltener; Nachts nur zweimal, (sonst 4—5 mal). Urin noch trüb und mit Blasenepithelien. Hetralin 1,5 g. pro die.

12. Sept. Harndrang nicht mehr vorhanden. Im zentrifugierten Urin nur wenig Leukozyten, keine Epithelien.

16. Sept. Geheilt entlassen. P. hat täglich 1,5 g Hetralin, im Ganzen vom 9.—15. IX. 03 10 g genommen, ohne über Magen-Darmbeschwerden zu klagen.

Fall III. Frau F. 26 Jahre alt.

24 Sept. 1903. Heftiger Harndrang seit 7—8 Tagen, auch Nachts 3—4 mal.

Angeblich erstes Auftreten der Blasenbeschwerden während der letzten Menstruation. Links vom Uterus ein Tumor von Finger-Länge und Daumendicke. Derselbe rührt von einem Tubenhaematom her (Tubargravidität). Der Tumor liegt etwas nach vorn, nahe der Blasenwand.

Urin gelb, undurchsichtig, mit zahlreichen Leukozyten und oberflächlichen Blasenepithelien. Bettruhe. Prießnitz. Hetralin, dreimal 0,5 Gramm.

26. Sept. Subjektive Beschwerden so gering, daß P. nicht mehr im Bett bleiben will. Harndrang besteht nicht mehr. Urin strohgelb, klar, mit spärlichen Leukozyten, ohne Epithelien.

28. Sept. Geheilt entlassen.

Fall IV. Fr. U. 22 Jahre alt.

28. Sept. 03. Zahlreiche Ulcera mollia an d. äuß. Genitalien. Harndrang 3—4 mal Nachts. Keine Urethritis. Innere Genitalien frei.

Urin trüb, indifferent reagierend. Zahlreiche Bakterien und Kokken im Urin, Leukozyten und Blasen-Epithelien. Hetralin 3 mal täglich $^1/_2$ g. Diät, fol. uv. ursi als Thee.

2. Okt. 1903. Bei täglich 3 maliger Darreichung von 0,5 g Hetralin sind keine Magenbeschwerden aufgetreten. Harndrang hat aufgehört. Urin reichlich, frei von Leukozyten und Epithelien, frei von Kokken und Bakterien.

Fall V. Fr. G. 22 Jahre alt.

16. Dez. 03. Häufiger Harndrang nachts (3—4 mal). Urin indifferent, sehr trüb, reich an Leukozyten und Blasenepithelien. Gravidität von 5 Monaten. Hetralin 2 mal 0,5. Warme Leibbinde.

5. Jan. 04. Kein Tenesmus der Blase. Urin klar, sauer. Keine Störung durch Hetralin am Magen und Darm beobachtet.

Fall VI. M. W. 32 Jahre alt.

18. Dez. 03. Starker Harndrang, nur am Tage bei andauernd stehender Beschäftigung. Vor 3 Jahren Exstirpation des Uterus und der Adnexe. Im oberen Scheidendach ein wallnußgroßer zystischer Tumor, sehr druckempfindlich. Urin trüb, alkalisch, mit wenig korpuskulären Elementen. Hetralin 0,5 g 3 mal täglich.

28. Dez. Urin klar, sauer. Harndrang nicht gebessert (vermutlich infolge des Tumors, der auf die Blase drückt).

Fall VII. F. W. 23 Jahre alt.

19. Nov. 03. Lebhafte Schmerzen im ganzen Leibe, Druckempfindlichkeit der Adnexe. Temp. 38,5; schleimig-eitriger Fluor; häufiger Harndrang, trüber alkalischer Urin. Bettruhe, Chloralhydrat-Glyzerin (10%)-Tampons täglich. Hetralin 0,5 g 3 mal täglich.

22. Nov. Urin klar. Harndrang nicht mehr vorhanden. Druckempfindlichkeit des Leibes geringer.

Fall VIII. Frau Dr. R.

20. Juli 03. Lebhafte Schmerzäußerungen am Schlusse des Urinierens. Urethra, Bartholini'sche Drüsen frei. Keine Maculae, kein Fluor, Uterus und Adnexe intakt. Urin sehr trüb, alkalisch, ohne Foetor, aber mit zahlreichen Leukozyten und Blasenepithelien. Blasenspülungen mit 1% Argent. nitric.-Lösung, am 21., 23., 25. Juli.

Am 26. Juli. Urin klar; Beschwerden beseitigt.

9. Nov. 03. Seit einigen Tagen wieder so heftige Schmerzen am

Schlusse des Urinierens, daß P. nachts stundenlang weint. Häufiger Harndrang, Urin trüb, mit vielen Wolken, wenig Leukozyten, aber vielen Epithelien mit großem, bläschenförmigen Kern und geschwänzten Zellen. Kein Blut im zentrifugierten und mikroskopierten Urin. Hetralin 0,5, 4 mal täglich.
Opiumsuppositorien für heute Nacht.

11. Nov. Besserung; Hetralin nicht mehr erforderlich. Früher war die Besserung durch Blasenausspülungen, diesmal nur durch innerliche Hetralindarreichung erzielt.

Fall IX. Fr. K. 32 Jahre alt.

14. März 04. Descensus der Vagina. Häufiger Harndrang. Incontinentia urinae beim Husten, Lachen, Treppensteigen. Urin trüb, alkalisch. Pat. gibt an, daß sie den Vorfall der Scheide erst hineindrücken müsse, um die Blase völlig entleeren zu können. Operation des Vorfalles verweigert. Hetralin 0,5, 4 mal täglich. Mayersches Pessar.

16. März 04. Urin kar. Harndrang sehr gering; Inkontinenz aufgehoben, vermutlich durch das Pessar.

Fall X. Fr. S.

12. Dez. 03. Am 10. Dez. Vaginale Exstirpation eines mit zahlreichen Myomen durchsetzten Uterus, der bis zur Nabelhöhe reicht.
Am 12. Dez. Pat. kann nicht spontan urinieren, die Blase steht fast in Nabelhöhe. Katheterisierter Urin hochgestellt, sehr trüb mit zahlreichen Leukozyten und oberflächl. Blasenepithelien.
13. Dez. P. muß wieder katheterisiert werden, da sie spontan nicht urinieren kann. Urin sehr trüb, etwas übelriechend, bakterienreich. Hetralin 0,5 3 mal täglich.

16. März. Urin klar, spontan entleert. Hetralin ohne Magenstörung gut ertragen.

Fall XI. Frau G. 59 Jahre alt.

30. Dez. 03. Prolapsus vaginae, Cystocele. Katheterisierter Urin sehr trüb und übelriechend, ammoniakalisch. Kein Albumen, kein Saccharum. Hetralin 0,5 g. 4 mal tägl. Diät.

30. Jan. 04. Urin trüb, kein foetider Geruch. Kein Albumen. Hetralin ist von der Patientin seit 8 Tagen ausgesetzt, weil sie keine Blasenbeschwerden mehr habe.

11. Febr. 04. Urin klar.

Fall XII. Frau C. 30 Jahre alt.

12. Jan. 04. Graviditas VII. Mens. Primipara, Schädellage. Häufiger Handrang. Urethralsekret ohne Gonococcen. Maritus hat Gonorrhoe seit 5 Wochen. Urin trüb, sauer, mäßig zahlreiche Leukozyten. Hetralin 0,5 4 mal täglich.
16. Jan. Nach brieflicher Mitteilung Harndrang nicht mehr vorhanden.

Fall XIII. Fr. N. 60 jahre alt.

23. Jan. Sehr gestörte Nachtruhe dadurch, daß P. alle halbe Stunde urinieren muß. Urin trüb, mit spärlichen Leukozyten und geringen Epithelien. 4mal täglich 0,5 g Hetralin.
26. Jan. Urin klarer; aber immer noch Tenesmus, Opiumzäpfchen.
29. Jan. Urindrang hat nachgelassen. Urin fast klar. Hetralin gut ertragen, soll weiter genommen werden.

Fall XIV. Frau A. 77 Jahre alt.

24. Febr. 04. Descensus vaginae. Hämorrhoiden, Nachtruhe sehr gestört durch häufigen Harndrang. Cystitis. Fol. uv. ursi. Hetralin.
27. Febr. 04. Urindrang geringer, Nachtruhe ungestört. Besserung.

Fall XV. Frl. M. 40 Jahre alt.

1. März 04. Cystitis chronica. 3 mal tgl. 0,5 g Hetralin. P. hat die Tabletten unverkleinert hinuntergeschluckt und klagt über Druck im Magen $^1/_4$ Stunde nach dem Einnehmen. Im Juli 1902 ist P. wegen Cholecystitis und Perigastritis laparotomiert worden. Andere Medikation.

Fall XVI. Fr. B. 26 Jahre alt.

14. März 04. Heftiger Harndrang, trüber Urin mit ammoniakalischem Geruch, spärlichen Leukozyten, zahlreichen Diplokokken und Diplobazillen. Im Winter 03/04 Urethritis. Urotropin, Salol, Urosteril etc. bisher ohne Erfolg angewandt. Hetralin 4 Tabletten à 0,5 g pro die.
18. März. Subjektive Beschwerden wesentlich verringert. Harndrang selten. Urin strohgelb, fast durchsichtig klar, mit Leukozyten, aber ohne Bakterien. Hetralin 0,5 3 mal täglich.
24. März. Urin klar. Geheilt entlassen.

Fall XVII. Frl. K. 32 Jahre alt.

14. März 04. Retroflexlo uteri. Senkungsgefühl. Leichte Trübung des Urins durch spärliche Epithelien. Harn sauer.

Hetralin 0,5 3 mal täglich in einem Glase Wasser. Repositio uteri.

5. April 04. Uterus und Ring normal gelegen. Senkungsgefühl nicht mehr vorhanden. Harndrang wesentlich gebessert. Urin klar, sauer.

Fall XVIII. Fr. Sch. 43 Jahre alt.

5. Dez. 03. Häufiger Harndrang und Schmerzen beim Urinieren. Urin ohne patholog. Untersuchungsresultat. Cystoskop. Untersuchung ergiebt normale Blase. Gynaekolog. Befund negativ. Um die durch wiederholte Untersuchung im cystoskop. Kurse event. eingetretene Infektion der Blase zu verhüten, erhält P. prophylaktisch Hetralin-Tabletten, à 0,5 3 mal täglich.

1. Febr 04. P. stellt sich wieder vor: Urin klar, aber Blasenbeschwerden wie bisher. Ursache des Harndranges nicht gefunden. Da auch andere neurasthenische Symptome vorliegen, wird als Diagnose irritable bladder angenommen.

Fall XIX. Fr. K.

20. Febr. 04. Prolapsus vaginae mit Cystocele. Blase tritt in der Größe eines Hühnereies vor die Vulva. Nach der spontanen Urinentleerung wurden mit Katheter noch ca. 50 ccm stark trüber Residualharn entfernt. Im Harn zahlreiche Blasenepithelien und Leukozyten. Da die Operation des Prolapsus erst später vorgenommen werden soll, einstweilen Mayer'scher Ring.

Hetralin 0,5 pro dosi. 2 g pro die.

2. März. Senkungsgefühl und Harndrang so weit gebessert, daß P. ihren Haushalt wieder besorgen kann. Urin fast klar, sauer.

[Wenn auch dem Pessar der Hauptanteil an der Beseitigung der Beschwerden zufällt, so hat sich das Hetralin doch als gutes Adjuvans erwiesen.]

Fall XX. Frau A. 30 Jahre alt.

28. Febr. Häufiger Harndrang, Schmerzen beim Urinlassen, Urin sehr trüb, schwach sauer, mit spärlichen Blasenepithelien, ohne Bakterien. Mehrere kleine Urethralpolypen werden mit der Scheere abgetragen und die Wundflächen mit Acid. carbol. liquefact. geätzt, gegen die gleichzeitig bestehende Cystitis 4 mal täglich 0,5 g Hetralin gegeben.

6. März. P. stellt sich als gesund vor.

Fall XXI. Frau Pl.

3. März. 04. Blasenbeschwerden ohne Urinbefund. Cystoskop. Unter-

suchung ebenfalls negativ. Leichte Adhäsionen, von chron. Pelveoperitonitis herrührend. Zur Verhütung einer Infektion durch die cystokop. Untersuchung erhält P. für 3 Tage 1,5 g Hetralin pro die.

6. März. 04. Urin bleibt klar trotz mehrmaliger Beleuchtung der Blase und Katheterismus der Ureteren.

Fall XXII. Frau S.

5. Jan. 04. Urethralprolaps. Cystitis. Angeblich seit 3 Monaten heftiger Harndrang Tag und Nacht. Starke Injektion der Gefässe der Blase und Trabekelbildung. Zahlreiche Eiterflöckchen. Hetralin 2 g pro die. Diät.

15. Jan. 04. Angeblich subjektive Besserung. Urin aber noch mit spärlichen Leukozyten.

Fall XXIII. Fr. D. 45 Jahre alt.

10. Dez. 03. Cystocele und Rectocele hohen Grades. Sehr trüber Urin mit zahlreichen Leukozyten und Bakterien. Urin alkalisch.

12. Dez. Colporraphia ant. et post.

13. Dsz. Hetralin 0,5 3 mal täglich.

20. Dez. Urin klar, Urinentleerung ohne Beschwerden. Hetralin ausgesetzt.

Fall XXIV. Frau B. 29 Jahre alt.

5. Okt. 03. Fistula vesico-vaginalis angeblich infolge einer schweren Zangenentbindung. Urin trüb, übelriechend mit zahlreichen facettierten Blasenepithelien, Leukozyten, Bakterien und Kokken.

7. Okt. 03. Naht der Fistel in Chloroform-Narkose.

9. Okt. 4 mal täglich 0,5 Hetralin; der Dauer-Katheter wird entfernt. Keine Blasenspülungen.

19. Okt. Am 12. Tage nach der Operation geheilt in die Heimat entlassen. Urin sauer, mit spärlichen Leukozyten, ohne Epithelien im zentrifugierten Urin.

Fall XXV. Frau B.

5. Nov. 03. Starker Prolapsus uteri et vaginae. Cystocele. Cystitis chron. Hetralin 0,5 4 mal täglich in Wasser.

20. Nov. Keine nennenswerte Besserung. Zur Operation bestellt.

Fall XXVI. Frau E.

3. März. Heftiger Harndrang. Urin klar, ohne Befund.
Hydrosalpinx dextr.
Cystoskop. Untersuchung negativ. Hetralin 0,5 3 mal täglich zur Verhütung einer evtl. Infektion durch die Blasenbeleuchtung und den Ureteren-Katheterismus.

7. März. Urin klar.

Fall XXVII. O. B. 24 Jahre alt.

17. März 04. Hinter dem Uterus auf der linken Synchondrosis sacroiliaca, die linea terminalis nach oben hin etwas überragend, liegt ein Tumor von der Größe, platten Form und teigigen Konsistenz einer Niere. Der Tumor ist nicht druckempfindlich, nicht verschieblich. Wegen des Palpationsbefundes wird er für eine kongenital verlagerte Niere im Becken gehalten. Um den Beweis zu erbringen, daß es eine Nierendystopie sei, werden die Ureteren katheterisiert und eine photographische Aufnahme mit Röntgenstrahlen gemacht, während der Katheter im Ureter steckt.
Nach der Untersuchung erhält P. Hetralintabletten zur Prophylaxe gegen eventl. eingetretene Infektion bei der Blasenbeleuch- und Ureterensondierung.

20. März 04. Urin klar.

Fall XXVIII. Rosa M.

18. März 04. Nach ausgiebiger cystoskop. Untersuchung erhält P. Hetralin 0,5 3 mal täglich, um event. eingetretene Infektion der Blase zu verhüten.
P. zeigt keine Blasenreizung nach der Untersuchung.

Fall XXIX. Frau K.

1. April. Bei der cystoskop. Untersuchung werden von Dr. Portner auf jeder Seite zwei Ureteren gefunden und dieselben katheterisiert. 3 mal täglich 0,5 g Hetralin.

4. April. Keine Urintrübung hinterher.

Fall XXX. O. L.

10. April 04. Am 7. Tage des Wochenbettes Temp. 38,7. Puls 120. Heftiger Harndrang. Kein gynaek. Befund. An den beiden ersten Tagen soll je einmal katheterisiert worden sein wegen Oedem der Vulva. Der katheterisierte Urin ist übelriechend und blutig,

mit zahlreichen Blasenepithelien, Bakterien und Kokken. 0,5 Hetralin 4 mal tägl. Diät. Keine anderen Medikamente, keine Ausspülungen.

16. April. Am 5. Tage Urin fast klar, keine Blasenbeschwerden.

Das Mittel wurde stets in Tablettenform gegeben und zwar in Originalpackung und nicht in der teueren Pulverform verschrieben. Es empfiehlt sich, die Tabletten zerdrücken und in Wasser, Mineralwasser, Milch oder dergl. nehmen zu lassen. Eine sehr empfindliche Dame, welche eine Hetralintablette mit den Zähnen zerbissen und auf der Zunge behalten hatte, klagte über Karbolgeschmack; bei Verabreichung des Mittels in Schleimsuppe wurde dieser Beigeschmack nicht mehr bemerkt.

Dr. Müllerheim hat, um das Hetralin auf seinen Geschmack zu prüfen, mehrmals Tabletten genommen und konnte beim Zerbeißen der Tabletten den Karbolgeschmack und eine leicht anästhesierende Wirkung an der Zungenspitze konstatieren.

Beschwerden haben die Patientinnen nach dem Einnehmen der zerdrückten Tabletten nie gehabt. Magen, Darm und Niere haben das Hetralin gut vertragen.

Zur Anwendung kam das Hetralin vorzugsweise bei Cystitis und bei Pyelitis acuta und chronica, gleichgiltig, aus welcher Ursache die Erkrankung entsprang. Es hat fast regelmäßig eine günstige und prompte Wirkung ausgeübt, indem es eine schnelle Klärung des trüben Urines von Bakterien und Leukozyten und eine Beseitigung des Handranges herbeiführte.

Hervorzuheben ist, daß fast sämtliche Fälle ausschließlich mit Hetralin ohne gleichzeitige lokale Therapie, ohne Blasenspülungen, behandelt und erfolgreich beeinflusst wurden. Nur in ganz seltenen Fällen wurde zur Beseitigung heftiger Schmerzanfälle ein Opiumzäpfchen gegeben.

Aus einer kleinen Zahl von Krankenbeobachtungen dürfte man es nicht wagen, Schlüsse auf den Wert des Hetralin zu ziehen. Doch ist die Reihe der hier mitgeteilten Krankengeschichten so groß, daß Irrtümer in der Beobachtung wohl ausgeschlossen sind.

Circumcision und Syphilis-Prophylaxe.

Von Dr. **Heinrich Loeb, Mannheim.**

Eine grosse Anzahl alter Bräuche bedurften, um in ihrer ganzen Tragweite erkannt und gewürdigt zu werden, der Entwicklung und des Fortschrittes der Wissenschaft zu der Höhe, welche diese in steilem Aufstiege im vorigen Jahrhundert errungen. Auch die Circumcision, von diesem Stande betrachtet, ermöglicht eine Auffassung, welche diesem Jahrtausende alten, auch gegenwärtig unter allen Operationen am meisten verbreiteten Eingriffe in seiner urprünglichen Entwicklung nicht innewohnte. Trotz der verschiedenen Variationen, die von der einfachen Ritzung des Präputium bis zur Verstümmelung und künstlichen Sterilisierung reichen, trotz der Verschiedenheit des Charakters als einer religiösen oder nationalen, erzieherischen oder hygienischen Institution dürfte doch ihre weite Verbreitung in erster Linie in Gründen der Hygiene zu suchen sein. In den Tropen, bei der vermehrten Sekretion und leichteren Zersetzbarkeit des Smegma, unter dem Einflusse der höheren Temperatur, wird das häufige Auftreten der Balonitis mit ihren sekundären Gefahren, Phimose, Paraphimose, Bubo etc., die Verallgemeinerung der Circumcision bedingt haben. Dass in einzelnen Fällen Tumoren, Tuberkulose etc. vom Präputium ausgehen, dürfte hier kaum in die Wagschale fallen, da diese Lokalisation relativ selten beobachtet wird. Aber die Balanitis ist auch bei uns, trotz weit vorgeschrittener Hygiene, trotz des Zusammenwirkens so vieler Bemühungen zur Verbesserung der sanitären Verhältnisse, eine so weit verbreitete Krankheit, daß nur ihre scheinbare Harmlosigkeit es begreifen läßt, daß sie in so ungehinderter Weise, unbehelligt von jeder Belästigung zeitgemäßer Prophylaxe und Behandlung, sich einer unglaublichen Verbreitung erfreut, während in den meisten Fällen die Einhaltung einfachster Reinlichkeit zu ihrer Verhütung oder Heilung genügen könnte. Alle Ärzte, und besonders die Spezialisten für Geschlechtskrankheiten, wissen aus alltäglicher Erfahrung, wie sehr gerade in diesem Punkte die primitivsten Anforderungen an Sauberkeit hintangesetzt werden. Bei den Mitgliedern der besten Bevölkerungsklassen, bei Offizieren, Beamten, Kaufleuten, selbst bei Ärzten, stößt man ebenso häufig auf die mangelhafteste Pflege des Präputiums wie beim einfachen Arbeiter; nicht selten geht die Unwissenheit des Patienten so weit, daß er keine Ahnung davon hat, wie weit das Präputium zurückgezogen werden soll, und erstaunt ist über die Menge des

Smegma, das sich in ungestörter Ruhe im Sulcus angesammelt. Es wäre sehr überflüssig, sich über diese Erscheinung länger aufzuhalten, wenn sie nicht einerseits auch von ärztlicher Seite zu wenig gewürdigt, wenn sie anderseits nicht von so hervorragender Bedeutung für die Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten, mit hartem und weichem Schanker, wäre. Heute, wo von allen Seiten die Hebel zur Bekämpfung der Syphilis angesetzt werden, muß die Balanitis, welche den Boden für die Infektion präpariert, vom Standpunkte der Prophylaxe an erster Stelle gewürdigt und bekämpft werden. Auch in den Fällen, bei denen keine ausgesprochene Balanitis vorliegt, aber die Oberfläche der glans unter der macerierenden Bedeckung des Präputiums vielfach Erosionen und Epitheldefekte zeigt, die Epidermis leicht verletzlich ist, bestehen für die Haftung des infektiösen Virus günstigere Verhältnisse, als bei intakter, normaler Epidermis.

Ein Radikalmittel, diese Mißstände zu beseitigen, bildet die Circumcision, da durch diese die Bedeckung des Glans trocken gelegt und widerstandsfähiger wird, da die Balanitis unmöglich wird (abgesehen von Erosionen, die entstehen können, wenn ein etwas grösserer Präputialrest sich über den Sulcus hin an die Glans anlagert). Da durch die Wegnahme des Präputiums außerdem auch die der Infektion ausgesetzte Oberfläche der Penishaut verkleinert wird, so sind dadurch die Bedingungen des Circumcidierten gegenüber der Infektionsgefahr mit Schanker so gebessert, daß sich das zahlenmäßig nachweisen lassen muß.

In sehr deutlicher Weise konnte dies A. Powell[1]) konstatieren, welcher sich auf die Zustände in Bombay stützte, wo beschnittene und unbeschnittene Völkerstämme nebeneinander wohnen. Er fand, bei gleichen äußeren Lebensverhältnissen, bei 1570 Hindus (Beschnittenen), welche der Polizeimannschaft angehörten, innerhalb 9 Jahren 13,32 % primäre Syphilis; bei 523 Muselmännern (Unbeschnittenen) 20,08 %.

Weit beweiskräftiger sind die Mitteilungen von Breitenstein[2]). Derselbe bringt eine Gegenüberstellung von 15000 eingeborenen, d. h. beschnittenen Soldaten der holländisch-indischen Armee gegenüber 18000 europäischen, d. h. unbeschnittenen Soldaten derselben Armee, unter den gleichen örtlichen, sozialen und hygienischen Verhältnissen.

Es erkrankten von diesen im Jahre 1895:

---

[1]) Referat in den „Monatsheften für praktische Dermatologie", 34, 10.

[2]) Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Karlsbad 1902.

Digitized by Google

von den Eingeborenen an venerischen Krankheiten 16%, an Syphilis 0,8%,
„ „ Europäern „ „ „ 41%, „ „ 4,1%.

Es ist hiernach die Erkrankungsziffer der Europäer an Geschlechtskrankheiten wesentlich höher als die der Malayen. Aber noch unverhältnismäßig größer, relativ und absolut, ist die Morbidität der Europäer an Syphilis, die, auch in den Jahren von 1850—1895, eine 2—5 mal größere war, als bei den Eingeborenen. Breitenstein glaubt, nach Ausschluß der sonst in Betracht kommenden Faktoren, diese Differenz ausschließlich auf die Circumcision zurückführen zu müssen.

So interessant diese Beobachtungen sind, so gestatten sie doch keine Rückschlüsse auf die bei uns bestehenden Verhältnisse. Meines Wissens gibt es bei uns kein größeres einschlägiges Zahlenmaterial und es ist von vornherein kaum möglich, hier unzweideutige Zahlen beizuschaffen. Joseph[1]), der diesen Mangel gleichfalls bedauert, führt an, daß er Syphilis in seiner Poliklinik resp. Privatpraxis 1250 resp. 383 mal bei Nichtcircumcidierten, 29 resp. 71 mal bei Circumcidierten sah. Irgend ein Schluß läßt sich daraus nicht ziehen. — Jonathan Hutchison[2]) sah unter 154 Tripperkranken 47 Juden = 30%, dagegen unter 176 Syphilitischen nur 11 Juden = 7%. Dieses Mißverhältnis läßt sich, da die Zahlen vermutlich aus gleichmäßigem Material genommen sind, durch nichts anderes erklären, als durch die Circumcision.

Ich selbst habe, um zur Klärung dieser Frage beizutragen, seit längerer Zeit diesbezügliche Aufzeichnungen gemacht, und zwar bei 2000 Nichtcircumcidierten und bei 468 circumcidierten geschlechtskranken Patienten. Dabei will ich bemerken, daß weder die Circumcidierten immer Juden, noch die Nichtcircumcidierten Nicht-Juden waren, da viel häufiger, als gemeinhin angenommen wird, auf der einen Seite die Circumcision unterbleibt, auf der anderen Seite aus ärztlichen Gründen ausgeführt wird. Auch die Beobachtung will ich hier anfügen, daß bei Juden, bei denen die Circumcision nicht vorgenommen war, relativ häufig Störungen am Präputium vorlagen, wie Phimose, häufig recidivierende Balanitis, Überempfindlichkeit, so daß ich wiederholt zur nachträglichen Circumcision resp. Dorsalincision schreiten mußte. Ob es sich hier um eine Erscheinung im Sinne der Gewöhnung als Folge der durch so viele Generationen vorgenommenen Operation oder um

---

[1]) Handbuch der Prophylaxe, 1900.

[2]) Nach Referat in den „Monatsheften für prakt. Dermatol.", 34, S. 345.

Digitized by Google

eventuelle Rasseneigenheiten handelt, will ich hier außer Erörterung lassen.

Von obigen Patienten waren erkrankt:

	I. Nichtcircumcidierte			II. Circumcidierte		
an Gonorrhoe.	1215	= 60,75%		397	= 84,9%	
Ulc. molle	181	= 9,0		8	= 1.8	
Sklerose	276	= 13,8	39,1 %	34	= 7,2	15,0%
Syphilis II	233	= 11,6		20	= 4,2	
alter Syphilis	95	= 4,7		9	= 1,8	
	2000	99,85%		468	99,9%	

Aus diesen Zahlen ergibt sich also, daß bei der ersten Gruppe die Infektionen an Schanker und Syphilis 39,1% gegenüber 15,0% bei der zweiten Gruppe ausmachen. Da es sich jedesmal um Menschen handelt, die sich der Infektion ausgesetzt hatten, so kommen hier die persönlichen Verschiedenheiten, größere Ängstlichkeit, Prophylaxe, Vorsicht bei der Auswahl der Beischläferin etc. nicht in Betracht; auch das Zahlenverhältnis der Bevölkerung zwischen Circumcidierten und Nichtcircumcidierten ist gleichgültig. Es müßten unter einer größeren Anzahl von Patienten im großen und ganzen die einzelnen Erkrankungen gleiche Zahlen aufweisen, wenn nicht ein äußerer Einfluß darin eine Änderung herbeiführte. Und dieser äußere Einfluß ist im vorliegenden Falle einzig und allein die Circumcision.

Es ist unter diesen Umständen begreiflich, daß neuere Autoren, wie Hutchison, Freeland etc. sich als Anhänger der allgemeinen Circumcision bekennen. Ohne diese befürworten zu wollen, halte auch ich in allen Fällen, in denen aus irgend welchen Gründen die Frage der Operation erwogen wird, deren Ausführung für empfehlenswert.

Nachdem aus der bisherigen Auseinandersetzung der ungünstige Einfluß des Präputiums nachgewiesen, möchte ich auf eine Beobachtung hinweisen, die in ihrer prophylaktischen Bedeutung noch nicht gewürdigt wurde und die gläubige Gemüter als teleologische Entwicklung zum Schutze gegen Geschlechtskrankheiten auffassen mögen. Beim geschlechtsreifen Individuum bildet das Präputium in Beziehung zum Penis keine konstante Größe, sondern es differiert von der rüsselartigen, fleischigen Verlängerung, welche die Glans beträchtlich überragt, bis zu einer kleinen, kaum den Sulcus bedeckenden Hautfalte. In letzterem Falle besteht kaum ein Unterschied zwischen dem circumcidierten und nicht circumcidierten Penis, und alle oben be-

sprochenen Schädlichkeiten entfallen. Vielfach ist nun das Präputium nicht ganz so rudimentär ausgebildet, aber doch so klein, daß nur ein kleiner Teil der Glans bedeckt wird, oder daß es leicht hinter die Glans rutscht und am Sulcus ohne weitere Beschwerden zurückgehalten wird.

Bei einer größeren Zahl aufeinanderfolgender Patienten war die Glans vom Präputium

völlig	unbedeckt . .	66 mal
zur Hälfte	„ . .	68 „
an der Spitze	„ . .	78 „
völlig bedeckt	. . . .	58 „
		270 mal.

Bei dem vierten Teile unserer geschlechtsreifen Männer liegt also eine Beschaffenheit der Glans und des Präputiums vor, die dem Befunde nach Ausführung der Circumcision gleichkommt; bei einem zweiten Viertel, bei dem die Glans bis zur Häfte unbedeckt bleibt, nähert sie sich wesentlich diesem Befunde. Nur bei der restierenden Hälfte, bei denen die Glans zum größten Teile oder vollständig vom Präputium überdeckt ist, machen sich die oben besprochenen Mißstände hauptsächlich bemerkbar.

Auch hierin läßt sich noch eine wesentliche Verbesserung herbeiführen dadurch, daß absichtlich die Vorhaut, wenn sie genügend weit ist, hinter die Glans zurückgestreift und durch leichtes Fixieren oder wiederholtes Zurückbringen in dieser Lage gehalten werden kann. Der Unannehmlichkeit, die in den ersten Tagen durch die Empfindlichkeit der daran nicht gewöhnten Glans auftritt, kann durch einen umgewickelten Watte- oder Gazestreifen abgeholfen werden. Bei 294 Fällen hätte die Vorhaut zurückgestreift bleiben können 259 mal; es wäre nicht möglich gewesen 35 mal; sie wurde tatsächlich hinter der Glans getragen 88 mal.

Irgend welche Schädigungen sind damit nicht verbunden, wenn das Präputium genügend weit und das Frenulum nicht zu kurz ist. Ein zuweilen auftretendes leichtes Oedem des Präputiums pflegt bald wieder zu schwinden.

Es wäre eine mühsame und langwierige, aber sehr dankenswerte Aufgabe, eine größere Beobachtungsreihe über Schankerinfektionen unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes aufzustellen. Jedenfalls aber sollten die berufenen Berater, die Hausärzte, Schul-

Digitized by Google

und Militärärzte nicht versäumen, die ihrer Obhut unterstellten jungen Männer auf diesen mit einfachen Mitteln zu erreichenden Vorteil aufmerksam zu machen.

Als Resümé der bisherigen Betrachtungen möchte ich folgende Sätze aufstellen:

Der Reinhaltung des Penis, der Verhütung und Behandlung des Balanitis ist vom Standpunkte der Prophylaxe der Syphilis eine viel größere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Die Circumcision ist imstande, bei unserer städtischen Bevölkerung die Häufigkeit der Syphilisinfektion auf über die Hälfte ihrer jetzigen Ausbreitung (von 39,1% der Geschlechtskranken auf 15,9%) zu vermindern.

Es ist deshalb in allen Fällen, in denen aus beliebigen Gründen die Circumcision in Erwägung gezogen wird, deren Ausführung zu befürworten.

Ein Zustand, der den durch die Circumcision geschaffenen günstigen Verhältnissen nahekommt, kann von den meisten geschlechtsreifen Männern dadurch herbeigeführt werden, daß sie das Präputium hinter die Glans zurückgestreift tragen, ein Umstand, auf den von massgebenden Faktoren bei passenden Gelegenheiten erhöhte Beachtung verwendet werden sollte.

Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe.

Von Dr. **Ferd. Kleinertz**, Frauenarzt in **Stuttgart.**

Wenn ich in Nachfolgendem versuchen werde, die Therapie der weiblichen Gonorrhoe zu schildern, so habe ich nicht die Absicht eine neue Behandlungsmethode anzugeben, sondern ich werde nur wirklich bewährte Methoden der Behandlung anführen.

Die Therapie bezweckt, die eingedrungenen Gonococcen unschädlich zu machen resp. zu vernichten und die durch dieselben erfolgten Störungen wieder zu heben. Wir haben in erster Linie der Prophylaxe zu gedenken, indem wir erneute Infektion zu verhüten suchen. Wir haben uns an dieser Stelle nicht mit der männlichen Gonorrhoe zu befassen, — dies ist Sache der Andrologen, — sondern unser ganzes Augenmerk zu richten auf die event. Möglichkeit einer immer neuen

Infektion durch den fortgesetzten geschlechtlichen Verkehr mit dem chronisch kranken Manne. Es ist vor allen Dingen diese Infektionsquelle auszuschalten und der Coitus in irgend einer Form zu untersagen, denn die mit dem Coitus verbundene Hyperaemie des weiblichen Genitale begünstigt die Entwicklung und das weitere Vordringen der Gonococcen. Zu den Schädlichkeiten, welche unbedingt vermieden werden müssen, gehören auch stärkere körperliche Anstrengungen; besonders während der Menstruation bedarf die erkrankte Frau der Schonung, am besten wird sie diese Zeit im Bett verbringen.

Die Gonorrhoe des Weibes kann, dank der körperlichen Konstitution, an allen möglichen Teilen ihren Sitz haben und wir haben zu unterscheiden, die Gonorrhoe der Urethra, der Blase, ferner die Gonorrhoe der Vulva, der Bartholinischen Drüsen, die Gonorrhoe der Vagina, des Uterus und endlich die Gonorrhoe der Adnexe und des Peritoneums und des Rectums.

Die **gonorrhoische Erkrankung der Urethra** ist eine fast allgemeine Erscheinung bei der frischen Infektion der Frau. Sie ist sehr hartnäckig und trotzt oft allen Behandlungsmethoden und die Regel ist das Eintreten in das chronische Stadium. In dem ersten akuten Stadium, solange eine starke Hyperaemie des Orificium Urethrae, Absonderung von reichlichem gelben Eiter, besonders beim Ausstreichen der Urethra und Druckempfindlichkeit besteht, kann ich vor einer örtlichen Behandlung nur dringend warnen; denn die angewandten Mittel, seien es desinfizierende oder ätzende, werden das entzündete Gewebe nur schädigen. Im Gegenteil: durch den erhöhten Reiz wird das Eindringen der Gonococcen in die Tiefe nur erleichtert und durch die verschiedenerlei Eingriffe werden die Gonococcen nur noch weiter verschleppt. Im akuten Stadium soll man nur auf die Fortschaffung des eitrigen Urethralsekrets bedacht sein, sei es durch Sitzbäder von 26—28° R. Wärme, sei es durch leichte Waschungen, Abspülungen des äußeren Genitale. Dem Wasser wird am besten Sublimat in $^1/_2$—$1\,^0/_{00}$ Lösung oder Lysoform in 1% Lösung beigegeben und zum Abwaschen nur Watte, welche nach dem Gebrauch sofort zu verbrennen ist, verwendet. Besonders seien die Patientinnen auf sorgfältigste Reinigung ihrer Hände nach diesen Manipulationen hingewiesen, damit eine Übertragung der Infektion an andere Stellen, besonders die Augen, vermieden wird.

Sollten durch die Harnentleerungen Schmerzen hervorgerufen werden, so ist zu sorgen, daß der Urin durch reichliches Trinken von

Digitized by Google

Wasser verdünnt werde. Von der Anwendung innerlicher Mittel, der Balsamica, habe ich keinen Vorteil gesehen und man kann diese Mittel entbehren. Nach ca. 2—4 Wochen sind die akuten Erscheinungen, ganz besonders die reichliche Sekretion der Urethra nebst der Hyperaemie, zurückgegangen und es besteht nun das subakute Stadium. Die subjektiven Beschwerden fehlen oder sind nur noch ganz geringe, man kann zu dieser Zeit durch das Ausstreichen der Urethra einen Tropfen gelben Eiters auspressen. Es empfiehlt sich nun, in diesem Stadium reichliche 4—6 mal des Tags wässrige Lösungen von Alumnol ($2^0/_0$), Argonin $1{,}5^0/_0$, besonders aber das Protargol anzuwenden. Das Protargol hat eine große Desinfektionskraft und reizt nur in starker Lösung. Man spritzt am besten mittelst einer männlichen Tripperspritze von ca. 15 cbcm Inhalt in etwa 2—3 Portionen eines der obigen Mittel in die Urethra ein. Leider wird aber der Arzt in den allerwenigsten Fällen in der Lage sein, die Applikation so oftmals am Tage vorzunehmen und man muß die Patientin instruieren, mittelst Spiegels sich selbst diese Injektionen zu machen. Manche Frauen lernen es bald, aber sehr viele werden nie die nötige Fertigkeit erlangen In diesen Fällen muss der Arzt selbst handeln und am besten Harnblasenspülungen vornehmen mittelst einer ca. 200 cbcm fassenden Spritze, welche mit einem passenden gläsernen Ansatzrohr sowie Gummirohr zwischen gläsernem Ansatz und Spritzenspitze versehen ist. Man nimmt am besten das Protargol in $1^0/_0$ Lösung (ca. 250 cbcm.) Nach der Injektion soll die Frau die Blase langsam in mehreren Zeitabschnitten entleeren. In der Regel werden ca. 12—14 Injektionen, vorausgesetzt, daß keine Komplikationen vorhanden sind, bis zum dauernden Verschwinden der Gonococcen genügen.

In dem chronischen Stadium kann man, erst längere Zeit nach vorausgegangener Urinentleerung, einen Tropfen grauen Sekrets aus der Urethra herausstreichen. Dieses Stadium bedarf energischer Behandlung. Es werden da zweckmäßig Urethralstäbchen mit $10—20^0/_0$ Jodoform, Protargol $10—10^0/_0$ und Argent. nitr. $1—2^0/_0$ in die Urethra eingeführt und durch Watte sowie leichten Druck zurückgehalten. Es hat zuvor eine Entleerung der Blase zu erfolgen, damit nach erfolgter Einführung des Stäbchens das Urinieren möglichst lange hinausgeschoben werden kann. Ich benutze aber auch die Anwendung wässriger Lösungen von Protargol $10—20^0/_0$, Sublimat $1^0/_{00}$, dann Jodtinktur, Argentum nitr. $1^0/_0$, indem ich die mit Watte umwickelte Sängersche Ätzsonde in eines der oben angeführten Medikamente eintauche und dann

Digitized by Google

dieselbe in die Urethra einführe und einige Zeit in derselben liegen lasse. Man muß aber in diesen Fällen sorgsam darauf achten, daß man die Schleimhaut nicht lädiert, bei enger Urethra eventuell muß die Urethra zuvor mit Hegar'schen Stiften etwa bis zu Nr. 5—6 dilatiert werden.

Die Komplikationen, welche um diese Zeit sich bemerkbar machen, dokumentieren sich erst dadurch, daß die Behandlung der Urethritis eine vergebliche ist und man wird die neben der Urethra liegenden Drüsen, die sogenannten Skene'schen Drüsen oder paraurethrale Krypten erkrankt finden. An diesen Orten kann sich der Gonococcus leicht verstecken und deßhalb ruhig weiter leben und man muß ganz energisch vorgehen und diese Schlupfwinkel, sei es mit Kathoden-Elektrodenpunktur oder durch spitzen Paquelinbrenner, sehr fein zugespitzten Argent. nitricum oder durch Ätzung mit Acydum nitricum fumans zerstören. An der Urethra etwa auftretende Geschwüre werden mit 2—20% Lapislösung betupft.

Durch lange dauernde Gonorrhoe können auch Strikturen der Urethra verursacht werden, welche dann mittelst Hegar'schen Stiften in immer größeren Nummern behandelt werden müssen. Das Dilatatorium, welches das Os externum urethrae eben noch passieren kann, soll auch noch die verengte Stelle passieren können. An der Urethra kann man öfters Vorwulstungen der Schleimhaut beobachten, welche Brennen beim Urinieren verursachen und auch bluten können; diese Vorwulstungen entfernt man am besten mit dem Paquelin.

Die Gonorrhoe kann **aber auch auf die Blase übergehen.** Wir werden in dem akuten Stadium die Patientin strenge Bettruhe einhalten, reizlose Kost genießen lassen. Ein sehr gutes innerliches Medikament ist der Thee von Folia uvae ursi, sodann verordne ich sehr gerne das Salol 3—4 mal täglich 1,0. Warme Aufschläge auf den Leib, Thermophorkompressen werden gute Dienste tun. Bei größerer Schmerzhaftigkeit sind warme Sitzbäder und Suppositorien von Extr. Opii 0,05, Butyr Cacao 1,5, f-suppositor. Denttal. Dos Nro. X. S. Zwei bis dreimal täglich 1 Stück in den Darm einzuführen. Ist das chronische Stadium eingetreten, so empfehlen sich Blasenspülungen mit Protargol, in hartnäckigen Fällen die Einspritzungen geringer Mengen einer 2—5% Argent. nitr.-Lösung, zuvor kann man aber die Blase durch Einspritzung von ca. 100 cbcm einer 4% Antipyrinlösung anästhesieren. Von der Anwendung des Urotropins bin ich abgekommen, das Helmitol hat meist auch keine befriedigende Resul-

tate gebracht. Durch Weitergehen des Prozesses von der Blase nach den Ureteren, auf die Nieren kann es zu schweren Krankheitserscheinungen kommen; die Therapie wird Bettruhe, möglichst viel Milch, leichte Diuretica, Mineralwasser verlangen. Eine Ausspülung des Nierenbeckens würde wohl erst nach dem Verschwinden jeglicher akuten Erscheinung auszuführen sein.

Ich komme nun zur Besprechung der Therapie der Vulvitis gonorrhoica, der Bartholinitis und spitzen Kondylome.

Die Vulvo vaginitis tritt sowohl bei Neugeborenen als bei älteren Mädchen oft endemisch auf und es sind in Gebäranstalten Endemieen z. B. durch gemeinschaftliche Benutzung von Badewannen oder Badeschwämmen entstanden. Es können Endemieen vorkommen bei Schulmädchen, ich erinnere nur an die von Skutsch beschriebene Endemie, welche in 14 Tagen 236 Kinder ergriff. Meist ist es mangelhafte Reinlichkeit, gemeinschaftliche Benutzung infizierter Wäsche, Masturbation durch erkrankte Bettgenossinnen, Kindermädchen. Auch das Stuprum ist als Ursache zu erwähnen; ebenso der schändliche Aberglaube die Gonorrhoe des Mannes könne durch Coitus resp. durch sexuellen Verkehr mit virgines geheilt werden. Auch bei den Neugeborenen und älteren Mädchen ist die Gonorrhoe primaer an der Urethra aber auch in der Vulva nachzuweisen und kann durch Ascendiren Pyosalpinx erzeugen. Die Therapie ist unendlich mühselig; langdauernde Rötung, Eiterabsonderung besteht. Am besten ist es, wenn der Arzt die Behandlung selbst ausführt mittelst Sublimat ($^1/_2{}^0/_{00}$) oder $^1/_4{}^0/_0$ Protargol Ab- und ausspülungen mit ganz dünnem Glasrohr. Darnach legt man ein Jodoform oder Tanninbougie ein. Läßt die Eiterung nach, so kann man Argent. nitr. ($^1/_4$—$1^0/_0$) unter Vorsicht injizieren.

Die Vulvitis bei Erwachsenen ist meist sekundärer Natur, hervorgerufen durch das darüber fließende Sekret aus Urethra, Bartholinischen Drüsen Cervix etc. Die Entzündung kann sehr stark werden und die entzündlichen, sehr schmerzhaften Oedeme der Labien rufen enorme Schmerzen hervor; wenn dann über die excorilerte Haut Urin fließt, so können die Schmerzen unerträglich werden. Man wird in diesem Stadium antiphlogistisch vorgehen; vor direkter Anwendung der Kälte (Eisblase) möchte ich dringend warnen wegen der dabei leicht auftretenden Erfrierung. Es sind desinfizierende Waschungen, kühlende Umschläge mit dünnem Bleiwasser, sehr verdünnter essigsaurer Thonerde anzuwenden. Bei lang bestehender Vulvitis entsteht ein Symptom: Ein bis zum unerträglichen gesteigerter Juckreiz.

Man wird in diesen Fällen zunächst mit allen Mitteln die Behandlung des primären Leidens, der Infektion der Urethra, der Cervix durchzuführen suchen, die lokalen Epitheldefekte, flachen Geschwüre mit einer 1% Ag. nitr.-Lösung pinseln und einander gegenüberliegende Hautstellen durch dazwischengelegte Salbenläppchen (Borsalbe) zu isolieren suchen. Den Juckreiz selbst wird man zu bekämpfen suchen durch kühlende Salben (Menthol 3,0, Vaseline 30,0), eventuell mit Cocainzusatz 1,0, sodann mittelst Unguent diachylon, welches auf reine Läppchen messerrückendick aufgestrichen aufgelegt wird. Auch wird man in besonders hartnäckigen Fällen die juckenden Stellen mit 3% Carbol, 1% Sublimatalkohol, 1—2% Lapislösung betupfen. In ganz besonders schweren Fällen wurde schon die Excision der juckenden Stellen vorgenommen. Selbstredend ist bei Auftreten des Juckreizes der Urin auf Zucker zu untersuchen, denn bei vorhandenem Diabetes wäre eine rein lokale Behandlung ohne Erfolg.

Wir bekommen in diesem akuten Stadium der Gonorhoe oft zu beobachten die Erkrankung der **Bartholinischen Drüse.** In ganz frischem Stadium wird man antiphlogistisch vorgehen und auf eine der angegebenen Weisen das Sekret wegzuschaffen bestrebt sein. Es ist nicht nötig, daß ein Abszeß der Bartholinischen Drüse entsteht, aber es kommt doch nicht zur Heilung und die Drüse sezerniert gonococcenhaltiges Sekret. Man wird in diesem Stadium, falls man nicht leicht den Ausführungsgang der Drüse findet, event. direkt in die Drüse 1 – 2 cbcm einer 10% Agent. nitr.-Lösung injizieren. Die Folge ist eine lebhafte, nicht sehr schmerzhafte Entzündung. Aus der Drüse (dem Ausführungsgang oder dem Stichkanal) entleert sich mehrere Tage ein braunrotes Sekret, das reichlich Eiter, Epithelien, nekrotische Drüsenteile herausbefördert, die Wunde schließt sich und es bleibt nur eine kleine eingezogene Narbe übrig. Bei Vereiterung der Drüse ist die Exstirpation zu empfehlen, die man unter Schleich'scher Infiltration vornehmen kann. Man schält die Drüse sorgsam heraus und muß exakte Blutstillung vornehmen, um vor unangenehmer Nachblutung geschützt zu sein.

Bei den Erkrankungen der Vulva haben wir noch der **Condylomata acuminata** zu gedenken. Diese kommen zwar nach Ansicht der meisten Andrologen nicht bloß bei Gonorrhoe, sondern auch bei Unreinlichkeit etc. vor; ihre Behandlung ist aber doch wichtig. Es finden sich bei dem Auftreten der Condylome stets chronische Entzündungsprozesse vor, die wohl größtenteils auf gonorrhoischer Basis

beruhen. Kleinere und spärlichere Condylome gehen bei Reinhaltung der Vulva und bei Behandlung der Erkrankungen der Urethra und des Uterus oft von selbst zurück. Größere Condylome, die oft ganz große Flächen einnehmen, wird man am besten mit Messer und Scheere abtragen. Die Behandlung mittelst austrocknender Pulver habe ich nach Möglichkeit aufgegeben. Bei Messerscheuen Individuen wird man zu verwenden suchen Borsäure mit Tannin etc., oder Pulv. frond. Sabinae 5, Ferr. sulfuric Alumen. ust. aâ 5,0.

Bei der **Erkrankung der Vagina** haben wir eine primäre und sekundäre Form der Vaginitis zu unterscheiden, doch ist die sekundäre Form die weitaus häufigere, welche durch das aus der Cervix kommende Sekret entsteht, nicht durch die Gonococcen selbst. Wir werden um Reizungen der Scheidenschleimhaut zu vermeiden resp. zu heilen, die Behandlung der Cervix energisch vornehmen, um durch Heilung der Cervixerkrankung die Vaginitis beseitigen zu können. Man wird um das Gefühl von Spannung und Hitze in der Scheide schwinden zu machen, mehrmals im Tag Scheidenspülungen ausführen lassen, dieselben werden am besten liegend bei einer Flüssigkeitstemperatur von ca. 30—34° C. und aus einer Höhe von ca. 50 cm vorgenommen. Man nimmt 1—2 Liter Wasser mit einem Zusatz von Sublimat 0,5—1,0 pro Liter oder Lysol, Lysoform $^1/_2$—1%. Nach dem Schwinden der subjektiven Symptome wird man, um die Schleimhaut widerstandsfähiger zu machen, Adstringentien z. B. Tannin ($^1/_2$—1%) Alumen ustum 1 Kaffeelöffel bis 1 Eßlöffel auf ein Liter Wasser anwenden.

In hartnäckigen Fällen wird man die oft langdauernde Kolpitis lokal behandeln, z. B. mit Einlagen von Wattetampons, die mit 5% Jodkalium, Glycerin oder 5—10% Ichtyolglycerinlösung durchgetränkt werden. Die Tampons bleiben 12—24 Stunden liegen, nach deren Entfernung wird eine Ausspülung vorgenommen. Die Tampons werden 2—3 mal wöchentlich eingelegt. Mitunter hat sich mir das Einlegen von Jodoformgazestreifen nach gründlicher Reinigung der Vulva, Vagina mittelst Sublimat besonders wirksam bewiesen. Daß natürlich die Behandlung der Vaginitis erst nach Schwinden der akuten Symptome vorgenommen werden kann, darüber sind wir alle einig. Bei dem Auftreten heftiger akuter Erscheinungen muß man sich auf strenge Bettruhe und Abspülungen der Vulva beschränken.

Die **Gonorrhoe des Uterus** haben wir in eine Gonorrhoe der Cervix und in eine Gonorrhoe des Corpus uteri einzuteilen.

Bei dem akuten Stadium des **Cervixkatarrhs** wird man sich

auf Bettruhe und desinfizierende Ausspülungen beschränken, denn die Gefahr der Weiterverschleppung der Gonococcen ist eine sehr große. Zu Beginn des Cervixkatarrhs finden wir eine diffuse Schwellung der Cervixschleimhaut und schleimig eitriges Sekret; die Schleimhaut kann aus dem äußeren Muttermund hervorquellen; das Epithel der Portio verliert seine oberen Epithelschichten, es bleibt nur Cylinderepithel übrig und wir sehen dann das bekannte Bild der Erosion der Portio; es können auch, sei es durch entzündliche oder Heilungsvorgänge mit sich darüber schiebendem Plattenepithel die Windungen der Cervixdrüsen verschlossen werden und durch die Sekretstauung werden dann die Retentionscysten: die Ovula Nabothi gebildet. — Wir haben uns vorzuhalten, daß die Mehrzahl der acquirierten, nicht congenitalen Erosionen gonorrhoischen Ursprungs ist.

Den chronischen Cervikalkatarrh werden wir am besten gleichzeitig mit den Erosionen behandeln. Ich lasse die Patientinnen zu Hause Ausspülungen machen mit Solut. Zinc. clorat aâ. ein Eßlöffel auf 1 Liter Wasser bei einer Temperatur von 36—40° C.; bei stärkerer Sekretion lasse ich einmal des Morgens mit reiner Soda (1 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser), des Abends mit Chlorzinklösung ausspülen. Zur örtlichen Behandlung stelle ich mittelst Collin-Landau'schen Spiegels die Portio ein, reinige die Vagina und die Portio gründlichst mittelst Watte, Sublimat. — Die Patientinnen sehe ich 2—3 mal wöchentlich in der Sprechstunde. — Die Cervixhöhle wische ich ebenfalls tüchtig mittelst Watte umwickelter Sonde aus, dabei etwa auftretende leichte Blutungen schaden nichts, sie nützen im Gegenteil. Nach Bedarf nehme ich eine Scarification der Portio vor und ätze dann die Cervixhöhle mittelst Sänger'scher Ätzsonde, die mit Watte umwickelt in Jodtinktur oder Chlorzinklösung 10—15% getaucht ist, ebenso ätze ich die Erosion, hernach lege ich einen in Glycerin oder 5% Jodkaliumglycerin oder 10% Ichtylglycerin getauchten Wattetampon vor die Portio, der 12—24 Stunden liegen bleibt. Selbstverständlich darf die Ätzung mit Chlorzink erst wieder nach Abstoßen der Ätzschorfen vorgenommen werden. Die Verwendung der Sänger'schen Sonde enthebt mich meist des Anhackens der Portio, dieses biegsame, so handliche Instrument ist noch bequemer als die Playfair'sche Sonde, die Watte lässt sich um das glatte Instrument dünn herumwickeln und sehr leicht wieder entfernen. Bei Gebrauch des Sänger'schen Sonde braucht man auch weniger wie sonst die Cervix zu dilatieren; bei Nulliparen wird man ab und zu die stumpfe oder auch blutige Dilatation vorzunehmen haben.

Digitized by Google

Leider bleibt aber die Erkrankung nicht auf die Cervix beschränkt, sie greift meist trotz des Os internum auf das Corpus uteri selbst über. Durch die Menses, Geburt, Wochenbett, auch durch eine allzu energische Behandlung kann sie in das Cavum uteri und die Muscularis corporis uteri vordringen. Auch in diesem Falle wird das akute Stadium nur eine rein symptomatische Behandlung erfordern; Bettruhe ist vor allem unerlässlich, bei starken Entzündungserscheinungen legt man einen Eisbeutel auf das Abdomen, heftige Schmerzen erfordern die Verabreichung von Morphium oder Opium; ich ziehe meist die rektale Anwendung dieser Mittel in Suppositorien vor, z. B. Morphin mur. 0,015 Butyr, Cacao 1,5 Mf. suppositor. Denttal Dos Nro. X; oder Extract Opii 0,05 Butyr Cacao 1,05 Mf. suppositor. Dent tal. Dos Nro. X. Von diesen Suppositorien lasse ich in der Regel morgens und abends ein Stück einführen. Außerdem lasse ich vaginale Ausspülungen mit einem der angegebenen Desinfizientien — körperwarm — täglich ausführen, die Fallhöhe der Flüssigkeit höchstens 60 cm! Erst wenn alle Zeichen der akuten Entzündung, das Fieber, die Schmerzen geschwunden sind, gehe ich zur lokalen Behandlung über. Erste Bedingung ist, daß man dem Sekret möglichst freien Abfluß verschafft, event. durch Dilatation der Cervix. Da wir aus leicht ersichtlichen Gründen die eingedrungenen Gonococcen in der Uterushöhle nicht auf einmal vernichten können, den ihnen so günstigen Aufenthaltsort nicht von grund aus zerstören können, — die Abrasio mucosae uteri kommt hierbei überhaupt nicht in Betracht, ebensowenig wie die Vaporisation der Uterushöhle, denn wir dürfen doch nicht die ganze Uterusschleimhaut zerstören — so müssen wir eben versuchen, die eingedrungenen Gonococcen möglichst unschädlich zu machen und das werden wir am besten erreichen durch Behandlung der Uterusschleimhaut mit einem weniger ätzenden als möglichst tief wirkenden desinfizierenden Mittel. Ich gehe in der vorhin geschilderten Weise vor bei Einstellung der Portio und führe zuerst eine ganz leichte intrauterine Ätzung mit Tinktura Jodi aus; das Sänger'sche Stäbchen lasse ich bis 5 Minuten liegen. Wird diese Ätzung gut ertragen — Grundbedingung ist jedoch, daß zur Zeit der Ätzung keine Schmerzhaftigkeit resp. Entzündung in der Umgebung des Uterus besteht — so verwende ich nach 4—5 Tagen eine schwache Chlorzinklösung zu 5 – 10% und gehe dann zur Verwendung des Protargols 10% über. Nach der Ätzung lege ich in der Regel einen mit 15—20% Ichtyolglycerinlösung getränkten Tampon vor die Portio, der ca. 12 Stunden liegen bleibt. Seit etwa

Digitized by Google

$1\frac{1}{2}$ Jahren verwende ich gerne das Thigenol-La Roche in 20% Glycerinlösung; ich habe mit diesem Mittel gute Erfolge erzielt, besonders angenehm ist das Mittel dadurch, daß die durch dasselbe erzeugten braunen Flecken in der Wäsche im Gegensatz zum Ichthyol leicht wieder entfernt werden können. Leider bleibt oft eine chronische Endometritis zurück, ohne daß Gonococcen in dem Sekret nachgewiesen werden könnten. In diesen Fällen wende ich das Chlorzink in 50%-Lösung zur intrauterinen Ätzung an; man muß aber immerhin bis 14 Tage warten, bis man wieder eine Ätzung vornehmen kann. Es tritt oft einige Tage nach der Ätzung ein stärkerer Ausfluß auf, der erst mit Abstoßen des Ätzschorfes wieder sich legt.

In dem chronischen Stadium lasse ich wochenlang täglich heiße vaginale Ausspülungen ausführen, begonnen wird mit einer Temperatur von 32° R. und gestiegen bis auf 40° R., in letzter Zeit gebrauchte ich häufig das Baumgärtner'sche Heißwasser speculum und es ist mittelst desselben ohne Beschwerden — man muß nur darauf achten, daß nicht mehr Wasser zugeführt wird, als die Abflußrinne fassen kann — bis auf 50° R. zu steigen. Auf diese Weise, abgesehen von den Skarifikationen, kann man oft die chronische Hyperämie günstig beeinflussen.

In zahlreichen Fällen der chronischen Erkrankungen bestehen Blutungen, seien es Menorrhagien, seien es Metrorrhagien. Bei der ersteren Form wird man therapeutisch einzuwirken suchen durch Ergotin intern (3,0/150,0) zweistündlich ein Eßlöffel, durch das Styptizin Merck Pastillen à 0,05 dreimal täglich zwei Stück. Prophylaktisch wird man, um eine zu starke Menstruation zu vermeiden, ca. 6 Tage vor deren Eintritt das Extr. fluidum Hydrastis canadensis, sei es in Tropfenform dreimal täglich 30 Tropfen, sei es in Form von Tabloidsform (Burroughs Welcome und Co.) à 10 gutt. verwenden; namentlich die Tabloids werden wegen des schlechten Geschmacks des flüssigen Extracts gerne genommen. Ist die Periode eingetreten, so lasse ich die Dosis steigern auf ca. 120—150 Tropfen pro die. Bei diesen Fällen werden auch heiße intrauterine Ausspülungen (40° R.), denen ein Desinfiziens zugefügt ist, ca. 3 mal pro Woche angewendet, von gutem Erfolg sein. Ein gutes innerliches Mittel ist ferner bei diesen Blutungen das Secale cornut in Verbindung mit Ergotin., z. B. nach Fritsch Ergotin Denzel. Secal. cornut. pulv. aâ 5,0 f pilulae Nro. 100. Täglich 6—9 Pillen zu nehmen. Ich möchte noch darauf hinweisen, daß der allgemeine Zustand der Patientin nicht außer acht gelassen werden

darf und besonders die so leicht auftretenden nervösen Erscheinungen, Appetitlosigkeit, schlechter Schlaf Aufmerksamkeit erfordern. Vor jedem intrauterinen Eingriff überzeuge man sich, ob keine der erwähnten Kontraindiationen besteht.

Die **gonorrhoische Erkrankung der Adnexe und des Peritoneums** können wir gemeinsam besprechen. Die Symptome ihres Erkranktseins sind besonders im Anfangsstadium so ziemlich die gleichen und nur selten wird ein bestimmtes Organ eine speziellere Behandlung erfordern. Die Therapie wird solange als nur möglich eine rein exspectative, konservative sein, schon im Hinblick auf die Wichtigkeit der Funktionen der Tuben und Ovarien. Es werden im akuten Stadium strengste Bettruhe, Eisbeutel anzuordnen sein. Der Darm muß durch Opium ruhig gestellt werden. Gegen die Schmerzen sind die Opiate, Morphium, unter Umständen das Codein, am besten in Form von Suppositorien anzuwenden. Verstopfung wird man erst mit Nachlaß der Schmerzen zu beseitigen suchen. Eine interne Untersuchung wird man nur in besonders dringendem Falle vornehmen, für gewöhnlich enthalte man sich jeder Exploration, denn sie wird nur schaden. Patientinnen mit frischer Infektion gehören für viele Wochen in das Bett und man wird ihnen das Aufstehen erst erlauben, nachdem das Fieber wochenlang aufgehört hat. Wie viele Frauen schaden sich durch das zu frühe Aufstehen und es bedarf großer Geduld seitens der Patientin und auch seitens des Arztes, um dieses unerlässliche Erfordernis mit Beharrlichkeit durchzuführen. Sind beiläufig 14 Tage seit der letzten Fieberattakke verflossen, so kann man mit der Behandlung beginnen, welche die Resorption des Exsudats erstreben soll. Man wird zur Prüfung der Reaktion des Körpers mit warmen Ausspülungen 28° R. der Vagina beginnen. Ich lasse dieselben anfangs täglich einmal mit 1 Liter Flüssigkeit, dem irgend ein desinfizierendes Mittel beigefügt ist, ausführen. Allmählich, unter Beobachtung der Körpertemperatur, lasse ich zweimal täglich Ausspülungen mit größeren Flüssigkeitsmengen vornehmen, deren Temperatur jeden zweiten Tag gesteigert wird, bis 40° R. erreicht wird. (cf. oben Uterusgonorrhoe.) Werden diese warmen Ausspülungen ertragen, so lasse ich feuchtwarme Wickel machen, die recht dämpfen müssen. Manche Gynäkologen empfehlen auch, Thermophorkompressen in nasse Tücher einzuschlagen und erreichen so stundenlang gleichmäßige Wärmeabgabe. Bei sehr großen Exsudaten kann man mit gutem Erfolg Ol cinereum ca. 15 gr. auf dem Abdomen unter vorsichtigem Reiben in die

Digitized by Google

Haut einreiben und dann einen neuen Dunstumschlag darüber legen lassen.

Zur vaginalen Therapie wird man sich mit gutem Erfolge des 10 bis 20% Ichtyolglycerins, der 20% Thigenolglycerinlösung auf Tampons gebracht — bedienen. Die Tampons führe ich jeden zweiten Tag ein, lasse sie 24 Stunden liegen, dann werden sie entfernt und an diesem Tage nun, an welchem kein Tampon liegt, werden heiße Ausspülungen gemacht, bei stärkeren Exsudaten verwende ich ca. 5% Jodkaliumglycerin oder Jodipuri 1,0 Kal-jodat. 10,0, Glycerin 100,0 zum Befeuchten der Tampons.

Von großem Werte ist auch die Bäderbehandlung, aber man kann mit Anwendung der Bäder nicht vorsichtig genug sein. Man muß sich die Fälle recht aussuchen, die akuten Erscheinungen müssen lange verklungen sein, bevor man an den Gebrauch der Bäder herantreten kann, welche als Sitzbäder in einer Temperatur von 28° R. verordnet werden. Man gibt zu diesen Bädern Zusätze von Kochsalz, Steinsalz $^1/_4$ – 1 Kilo pro Bad, dann Soole bis zu 20 Liter, Kreuznacher Lauge, Mattonis Moorlauge. In dem Bad bleibt die Patientin $^1/_4$, dann $^1/_2$ Stunde, nach dem Bade muß sie wieder mindestens 2 Stunden zu Bett gehen. Ein Wickel um den ganzen Leib nach dem Sitzbad von der gleichen Temperatur wie das Badewasser hilft auch recht gut. Für Badekuren kommen die bekannten Orte wie Franzensbad, Kreuznach, Toelz, Dürrheim, Hall, Jagstfeld, Sulz, Rheinfelden in Betracht, die Patientinnen müssen aber angehalten werden, einen Badearzt zu Rat zu ziehen. Die Ruhe, welche die Frauen in diesen Orten genießen, wird ihrem Allgemeinbefinden, das man über der lokalen Behandlung nie vergessen darf, nur gut bekommen.

Im Laufe der Erkrankung werden sich mehr oder weniger Adaesionen in den einzelnen Organen bilden, welche dann auf verschiedenerlei Weise angegangen werden können, sei es durch Massage, sei es durch die Belastungstherapie. Die Massage erfordert große Aufmerksamkeit und Übung in der Behandlung. Grundbedingung ist, daß lange, lange Zeit verflossen ist seit dem letzten Anfall, durch die Lockerung der Adhaesionen werden die Beschwerden bedeutend gebessert werden. Die Behandlung mit der Belastungsmethode erfordert weniger persönliche Übung. Das Bett wird am Fußende erhöht, die Frau legt sich im Bett auf ein umgekehrtes Keilkissen, so daß das Becken hochgelagert wird. Ein passendes Röhrenspekulum wird dick befettet, mit Gummikondom überzogen, der ebenfalls eingefettet ist, und dann eingeführt; in das Spekulum wird dann Quecksilber, oder Schrot in entsprechen-

Digitized by Google

der Menge eingegossen, der Spiegel unter dem Kondom vorsichtig entfernt, dann das Kondomende, welches aus der Vagina hervorragt, zugebunden. Man fängt mit einer kurzen Dauer der Belastung an, so lange wie es die Patientin erträgt und steigt dann allmählich auf mehrere Stunden. Das Gewicht wird sich bis auf ca. 1500 gr. erhöhen lassen. Zu gleicher Zeit wird auf das Abdomen ein Sandsack von ca. 10 Kilo Schwere gelegt; neben dieser Prozedur werden die heißen Spülungen, die örtliche Behandlung mit resorbierenden Mitteln angewendet.

Eine operative Behandlung der erkrankten Adnexe wird man nur dann vornehmen, wenn die konservative Methode uns im Stiche lässt. Bei den unbemittelten Frauen der arbeitenden Klasse wird man sich früher zu einem operativen Eingriff entschliessen als bei Frauen der bemittelten Stände. Bei doppelseitiger Pyosalpinx wird man am besten die gänzliche Entfernung des Uterus und der Adnexe vornehmen, um immer wiederkehrende Stumpfexsudate zu vermeiden. Aber bevor zu einem operativen Eingriff geschritten wird, muß die Patientin genauestens beobachtet und alles für und wider gründlich überlegt werden.

Die **Gonorrhoe des Rektums** findet man ziemlich häufig. Bei ihrer Behandlung bedenke man die starke Resorptionsfähigkeit der Schleimhaut, man hüte sich deshalb vor giftigen Medikamenten. Im akuten Stadium mache man zuerst Warmwasserklysmata zur Reinigung, darnach spritzt man Protargol ca. 50 ccm in 1—5% -Lösung ein, das einige Zeit zurückgehalten werden muß. Man kann auch eine 5% Ichthyolsalbe mittelst Spritze in das Rektum injizieren. Geschwüre werden tüchtig mit Argent. nitr. oft geätzt. In sehr schweren alten Fällen wird man an die Exstirpation des Rektum denken müssen.

Zum Schlusse haben wir noch die **Gonorrhoe während der Gravidität und im Puerperium** zu besprechen. Die während der Schwangerschaft erworbene Gonorrhoe wird man mit desinfizierenden Ausspülungen zu behandeln haben und dabei alles, was eine Unterbrechung der Schwangerschaft verursachen könnte, vermeiden. Die Erkrankungssymptome bleiben für gewöhnlich auf Vulva, Vagina und untere Cervix beschränkt. Während der Geburt wird man prophylaktische Ausspülungen — prophylaktische Einträufelung von Argent. nitr. oder Protargol in das Auge des Neugeborenen! — ausführen und möglichst wenig untersuchen.

Ist Schwangerschaft bei chronischer Gonorrhoe eingetreten, so waren keine schweren Veränderungen der Uterushaut, der Adnexe und des Beckenbauchfells vorhanden und gegen die etwa auftretenden

Digitized by Google

Schmerzen, entstanden durch Zerrung der Adhäsionen, wird man feuchtwarme Umschläge machen lassen. Mit dem Wachsen des Uterus verschwinden die Beschwerden so wie der Uterus etwa in der Mitte zwischen Symphyse und Nabel ist. — Konstatiert man während der Gravidität einen Pyosalpinx, so muß er sofort operiert werden, denn er bildet eine zu große Gefahr durch die Möglichkeit des Platzens. Nach erfolgter Geburt kann besonders leicht bei frisch erworbener Gonorrhoe ein sehr rasches Weiterschreiten der Erkrankung auf Uterushöhle, Adnexe und Peritoneum erfolgen und die Krankheitserscheinungen sind dann auch viel stürmischer.

Wir werden in solchen Fällen vorerst nur symptomatisch und antiphlogistisch behandeln können durch Opiate, Ruhe und Kälte. Sehr häufig kommt es vor, daß erst im späteren Wochenbett eine gonorrhoische Infektion erfolgt, wenn z. B. der Mann in der ersten Hälfte des Puerperiums sich infiziert hatte und dann seine Infektion auf die Puerpera überträgt. Auch bei diesen Fällen kommt es wegen des puerperalen Zustandes der Frau zu viel stürmischeren Krankheitserscheinungen wie sonst. Die Behandlung wird eine symptomatische sein. Auch bei schon längere Zeit gonorrhoisch infizierten Frauen wird man während des Wochenbetts längere und strenge Bettruhe einhalten lassen, wenn auch das Wochenbett fieberlos verläuft. Man lasse die Frauen nicht vor beendeter Rückbildung der Genitalien aufstehen, man wird so die Frauen vor großem Schaden bewahren.

Die Aufgaben des Arztes im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten.

Von Dr. **L. Eisenstadt**, Berlin.

In dem weithin aufgenommenen schweren Kampfe gegen die Seuche der Geschlechtskrankheiten spielt der Arzt eine wichtige, vielleicht die wichtigste Rolle. Da aber in der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zahlreiche Strömungen nebeneinander herlaufen, so heißt für den Arzt zunächst die wichtigste Aufgabe: Ziel erkannt.

Ein so schweres soziales Problem z. B., wie es die Verringerung der Prostitution darstellt, halte ich für zwecklos, in den Bereich ärztlicher Beurteilung zu ziehen. So zahlreich sind die sozialen Mißstände, so ausgedehnt menschliches Elend, so mannigfach verschieden bei Natur- und Kulturvölkern die Anschauungen über Sitte,

daß es nur Aufgabe des Staatsmannes und Gesetzgebers sein kann, Mittel zu finden für die Eindämmung des unaufhaltsam durch die Völkergeschichte dahinziehenden Flusses, genannt Prostitution. Der Arzt dagegen hat auch auf diesem Gebiete, wie bei jeder anderen Krankheit, die Funktionen der Beratung und der Behandlung sowohl der männlichen als der weiblichen Geschlechtskranken auszuüben, oder, allgemein ausgesprochen, Aufklärungsarbeit und Assanierung bilden seinen Wirkungskreis.

Was nun die erste Aufgabe, die Beratung betrifft, so gliedert diese sich zwanglos a) in Belehrung der Kranken in der Sprechstunde, b) in öffentliche Belehrung.

In beiden Richtungen erstreckt sich die Beratung auf Wesen, Behandlung und Verhütung der Geschlechtskrankheiten durch Wort und Schrift.

Die öffentliche Belehrung über Geschlechtskrankheiten reicht in Deutschland nicht viel mehr als ein Jahrzehnt zurück und hat seit der Gründung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in weiten Kreisen Interesse erweckt. Speziell an die Ärzte wandte sich in dieser Beziehung vor kurzem ein Schreiben des preussischen Kultusministers an den Vorsitzenden des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung No. 1, S. 24). Darin heißt es: „Es wird darüber geklagt, daß zur Zeit noch manche Ärzte in Verkennung der Bedeutung dieser Leiden (sc. der Geschlechtskrankheiten) sowie ihres eigenen Berufes als Warner und Berater der Bevölkerung es unterlassen, letztere immer und immer wieder auf die Gefahren der Geschlechtskrankheiten hinzuweisen und ihre Behandlung rechtzeitig und tatkräftig in die Hand zu nehmen."

Der Realisierung dieser wohlgemeinten und sachverständigen Aufforderung stehen aber noch zur Zeit erhebliche, ja unüberwindliche Hindernisse entgegen bei der öffentlichen Belehrung:

I. Während der Arzt mit seiner Aufklärung über die Prophylaxe bei den Kranken Gehör findet, stößt er bei den Gesunden auf mangelndes Verständnis oder auf mangelnde Befolgung seiner Ratschläge. Es ist zwecklos, einem Menschen, der im Begriffe steht, eine Seereise zu machen, von den Gefahren der Seekrankheit zu sprechen. So wird auch der erfahrene Praktiker zu allen Versuchen, die herangewachsene Jugend über die Gefahren des Geschlechtsverkehrs zu belehren, ungläubig den Kopf schütteln. Denn derartige Belehrungen involvieren zunächst den von den ganz „Modernen" geforderten Unterricht über das Wesen des Geschlechtsverkehrs überhaupt. Dieses

Problem dürfte aller Schulhygiene, allen Müttern, allen Lehrern zum Trotz so unlösbar bleiben, wie es sich bisher gezeigt hat, will man nicht schweren Schaden statt eines mehr als fraglichen Nutzens anrichten. Da ist die beste naturwissenschaftliche Erziehung, die biologische Schulung nicht im entferntesten so wirksam wie die Fernhaltung der Verführung, wie die sorgfältige Auswahl in der Freundschaft, wie die Vermeidung erregender Beispiele und Vorgänge. Eine weitere Grenze gibt der Umstand ab, daß die einmalige oder wiederholte Aufklärung allein nicht genügt, um die Vorstellung von den Gefahren der Geschlechtskrankheiten dauernd festzuhalten.

Die wissenschaftlichen Lehren über das Zustandekommen der sexuellen Infektion und deren Verhütung müßten dem Volke so in Fleisch und Blut übergehen, wie es von dem Samariter verlangt wird, daß er die Lehren der Asepsis völlig beherrsche. Leider aber sind selbst die Gebildetsten in medizinischer Hinsicht immer Laien; es stehen zu viel landläufige Vorstellungen über Krankheit nnd Heilung ihrer medizinischen Erziehung im Wege, wie wir noch weiter unten sehen werden.

Es kommen schließlich noch die wichtigen Momente hinzu, welche a priori der öffentlichen Belehrung durch den Arzt zur Zeit im Wege stehen, das ist:

a) die Existenz der natürlichen Antipoden, der „Naturheilkundigen" und solcher Ärzte, welche es für ihre „Pflicht" erklären, die Geschlechtskrankheiten nicht anders als durch Wasser und Licht zu „kurieren";
b) das unter den Ärzten seltene Vorkommen der Beredsamkeit;
c) die Schwierigkeiten, den Laien allgemein gültige Sätze über die wechselnden Erscheinungen der Geschlechtskrankheiten aufzustellen.

Unter Berücksichtigung aller dieser Verhältnisse ist es nicht verwunderlich, daß die Belehrung durch ärztliche Vorträge über Geschlechtskrankheiten in öffentlichen Versammlungen nutzlos ist, ja sogar mitunter, wie in Berlin, durch die Beteiligung unwissender, aber desto beredsamerer Kurpfuscher an der Diskussion in das gegenteilige Fahrwasser verläuft, und daß auch diesbezügliche Vorträge in geschlossenen Vereinen zwar mit Beifall angehört, aber kaum befolgt werden. Bessere Frucht müssen derartige Vorträge tragen, wenn Laien eindringlich den Laien die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und die Zweckmäßigkeit der ärztlichen Behandlung predigen könnten. An

Digitized by Google

der Bewegung gegen den Alkohol haben wir gesehen, wie machtvoll im Volke die gegenseitige Aufklärung wirkt. Es würde vor allem die Vorstellung fortfallen, als ob die Ärzte für sich und nicht für ein öffentliches Interesse sprechen. Solange aber Licht- und Wasserheilmethode zu den freigegebenen Heilmitteln gehören, kann es sich hier nur um einen frommen Wunsch handeln.

(Fortsetzung folgt.)

Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechts-Verkehr raten?

Von Dr. **Max Marcuse** (Berlin), Spezialarzt für Dermatologie.

Der praktische Arzt, häufiger noch der Spezialist für Nerven- und derjenige für Geschlechts-Leiden, wird nicht selten vor die Notwendigkeit gestellt, zu der Frage Stellung zu nehmen, ob er seinem Klienten aus therapeutischen Gründen den außerehelichen Geschlechtsverkehr anraten darf oder nicht. Sich hier zu entscheiden, ist für die meisten außerordentlich schwer — um so schwerer, je tiefer ihr Verantwortlichkeitsgefühl ausgebildet ist; und manchen Ärzten gibt eine solche Situation jedesmal Anlass zu ernsten inneren Konflikten, deren Lösung sie nicht zu finden vermögen. Diese bedauernswerte, Arzt wie Patient in gleicher Weise schädigende Tatsache ist durch mehrere Ursachen bedingt.

Einmal fehlt es vielen Ärzten an den gründlichen Kenntnissen, auf deren Grundlage allein — hier wie überall — ein zuversichtliches und zielbewußtes Vorgehen möglich ist. Unter einer grossen Zahl von Ärzten herrscht eine verhängnisvolle Unklarheit über die Bedeutung, die der Geschlechtsverkehr für unsern Gesundheitszustand hat, insbesondere über die Rolle, die er in der Prophylaxe und Therapie der Krankheiten spielt. Schon an dieser Stelle sei betont, dass die in dieser Hinsicht bis heute gesammelten Erfahrungen noch keineswegs ein endgültiges Urteil gestatten. Aber um so dringender muss deshalb von uns Ärzten gefordert werden, daß wir dieser so überaus wichtigen Frage unsere Aufmerksamkeit zuwenden und uns mit dem bisher zusammengebrachten Material vertraut machen. Ist dieses doch immerhin schon umfänglich und wertvoll genug, um gekannt werden zu müssen. Erst dann wird der Arzt sein Verhalten dem Patienten gegenüber ein für alle Mal nach einem festen Grundsatz einzurichten vermögen. Und das ist ein unbedingtes Erfordernis,

dessen Erfüllung sich kein Arzt entziehen darf, der nicht durch ein planloses und darum unsicheres Vorgehen das Vertrauen des Patienten erschüttern, dessen Wohl gefährden und sich selbst Vorwürfe bereiten will. Ein andres ist es, bei theoretischen Erörterungen sich zu einer bestimmten Meinung rückhaltlos zu bekennen — ein andres, in der Praxis einem festen Prinzip zu folgen. Das erstere ist oft nicht angängig, das letztere ist unsere unbedingte Pflicht. Ein naheliegendes Beispiel mag das erklären. In dem Streit um die beste Art der Quecksilberbehandlung zu einem sicheren, auf ernster Überzeugung basierenden Urteil zu gelangen, ist für die grosse Mehrzahl der Ärzte m. E. schlechtweg unmöglich. Auf beiden Seiten kämpfen Männer von reicher Erfahrung, tiefem Wissen, strenger Kritik; und nur wer wie sie über diese drei Qualitäten in hervorragendem Masse verfügt, ist in der Lage, in dieser Frage sich eine klare und erschöpfende Ansicht zu bilden. All' wir anderen werden, wenn wir einsichtig und aufrichtig sind, unser „ignoramus" bekennen müssen. Aber — sobald wir als Praktiker vor der Aufgabe stehen, einen Syphilitiker zu beraten und zu behandeln, da muss uns der Weg scharf vorgezeichnet sein, wir müssen genau wissen, was wir zu tun haben; wir müssen imstande sein, die Fragen des Patienten in ihn befriedigender Weise zu beantworten, Einwänden von seiner Seite zu begegnen, uns selbst über unser Tun und Lassen Rechenschaft zu geben — kurz: Wir haben die Pflicht, unser Verhalten nach festen Grundsätzen zu gestalten, nach Grundsätzen, die — mögen sie diese oder jene Anschauung vertreten - immer nur auf Grund gediegener Kenntnisse gewonnen werden können und müssen. Und weil nun solche Kenntnisse hinsichtlich der gesundheitlichen Bedeutung des Geschlechtsverkehrs sehr vielen Ärzten mangeln, darum entbehren sie auch eines festen Grundsatzes, der ihnen Halt und Richtung zu geben vermag, wenn — sei es aus ihrer eigenen Erwägung heraus, sei es von ihrem Klienten her — die Frage an sie herantritt, ob sie den Rat zum außerehelichen Umgang erteilen sollen.

Für die Unsicherheit, die hinsichtlich der Beantwortung dieser Frage unter sehr vielen Ärzten herrscht, ist zu Zweit folgendes Moment anzusprechen. Der Geschlechtsverkehr spielt eine Rolle nicht nur in der Therapie, sondern vor allem auch in der Aetiologie der Krankheiten; ist doch der außereheliche Beischlaf die Quelle der venerischen Leiden. Und wenn nun der Arzt aus therapeutischen Gründen für einen Patienten, dem die Möglichkeit

Digitized by Google

zu legitimem Verkehr fehlt, geschlechtlichen Umgang für zweckmäßig, wenn nicht notwendig hält, so bringt die Überlegung, daß er durch einen entsprechenden Rat seinen Klienten, zumal einen weiblichen, ernsten Gefahren aussetzen würde, ihn in eine arge Gewissensnot. Diese Gewissensnot ist um so grösser, der rechte Ausweg aus ihr um so schwerer zu finden, je weniger gründlich und umfassend der Arzt über die prophylaktische und therapeutische Wirksamkeit des Geschlechtsverkehrs Bescheid weiß; denn unzureichende Kenntnisse erschweren ihm, oft bis zur Unmöglichkeit, das Pro und Contra sachkundig und geschickt gegen einander abzuwägen. Dazu kommt noch ein anderes wichtiges Moment: Die meisten Ärzte haben eine nach meiner Ansicht zwar wohl begreifliche, aber durchaus unberechtigte und verhängnisvolle Scheu davor, ihren Klienten genaue Aufklärung und Belehrung über die Schutzmittel gegen Ansteckung und Schwängerung resp. Konzeption zu erteilen. Wer diese Scheu überwunden hat, für den gestaltet sich dadurch die Situation einfacher, weil dann die Gründe gegen Empfehlung des Geschlechtsverkehrs, wo solcher aus therapeutischen Gründen indiziert erscheint, wesentlich an Gewichtigkeit verlieren. Doch darüber später!

Eine dritte Ursache für den von mir beklagten Übelstand ist dadurch gegeben, dass wir gewohnt sind, den außerehelichen Geschlechtsverkehr als etwas Unsittliches zu betrachten. Der Arzt trägt Bedenken, eine als unmoralisch geltende Handlung, selbst wenn er sie aus medizinischen Gründen wohl für ratsam hält, zu empfehlen und somit wahrscheinlich zu veranlassen. Dies trifft schon dann zu, wenn der Arzt selber vielleicht garnicht die allgemeine Ansicht von der Unsittlichkeit des außerehelichen Umgangs teilt. Um wieviel mehr noch, wenn er derselben Auffassung ist! Ein ernster Konflikt zwischen ethischer Überzeugung und ärztlicher Pflicht ist dann unvermeidlich. Auch im Hinblick auf solche, nicht etwa nur vereinzelt vorkommende Fälle ist es durchaus notwendig, auf unsere Frage eine grundsätzliche Antwort zu suchen und zu finden — eine Antwort, die — in ihrem wesentlichen Inhalt vollkommen eindeutig — doch für den Arzt Lebenserfahrung, Menschenfreundlichkeit, Taktgefühl niemals überflüssig zu machen vermag und seiner Fähigkeit, zu individualisieren, noch der Aufgaben genug übrig lassen muss — schon darum, weil der jeweilige moralische Standpunkt des Patienten und dessen ganze Lebenshaltung ernste Berücksichtigung erfordert.

Digitized by Google

Aus diesen einleitenden Ausführungen dürfte wohl bereits die bedingt positive Stellung zu erkennen sein, die ich zu der Frage: „Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten?“ einnehmen zu müssen glaube. Ich will gleich deutlich sein: Die Berechtigung der Empfehlung des auch illegitimen Beischlafes von Seiten des Arztes bestreite ich, wenn sie zur Sicherung der Diagnose erfolgt, erkenne ich dagegen unter Umständen rückhaltlos an, wenn sie aus prophylaktischen und therapeutischen Gründen indiziert ist. Diesen Standpunkt werde ich ausführlich zu motivieren haben. Vorerst aber verlangt die Frage Antwort: Existieren denn überhaupt prophylaktische und therapeutische Gründe, aus denen der Geschlechtsverkehr indiziert ist? Mit andern Worten: Hat sexuelle Abstinenz oder eine — vorübergehende oder dauernde — Beschränkung des Geschlechtsverkehrs für die Gesundheit nachteilige Folgen? (Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

J. Bakes: Ein neues Verfahren zur operativen Therapie der chronischen Nephritis. (Kaiser Franz Joseph-Hospital in Trebitsch). (Ctrlbl. f. Chir. 1904. Nr. 14).

In Verbesserung der Edebohls'schen Nierendekapsulation (von deren momentanem Erfolg ein von B. operierter Fall von großer weißer Niere mitgeteilt wird), deren Zweck die Schaffung neuer Zirkulationsverhältnisse für die erkrankte Niere sein soll, deren schwacher Punkt aber die Reposition der denudierten Niere in ihre gefässarme Fettkapsel zu sein scheint, zumal die sichere Bildung eines ausgiebigen Kollateralkreislaufes weder durch Autopsien noch experimentiell sicher bewiesen ist, versuchte B., das Organ nach ausgeführter Dekortikation mit den stark vaskularisierten Gebilden der Peritonealhöhle in enge Verbindung zu bringen, um dadurch die neue Vaskularisation seines Parenchyms energischer anzubahnen und gewissermassen zu garantieren, und kam durch eine Reihe von Leichenversuchen zu folgenden zwei Methoden:

1. Netzeinhüllung der dekortizierten Niere.
2. Intraperitoneale Dislokation derselben.

Die Wahl der beiden Methoden richtet sich nach der Größe der Niere und hauptsächlich nach den vorgefundenen Netzverhältnissen. Bei einem geschrumpften atrophischen Omentum tritt die zweite Methode in ihr Recht.

Die erste Methode hat Verf. bereits in einem Fall zur Ausführung gebracht, dessen Schilderung angekündigt wird. Schwab-Hamburg.

Paul Thorndike-Boston: When and how shall we operate for obstructing hypertrophy of the prostate gland? The medical News 1904, 17.

Verf. weist darauf hin, daß der Fortschritt in der Behandlung und Operation der Prostatahypertrophie hauptsächlich auf technischem Gebiete zu suchen sei; auch die enragiertesten Operateure müssen zugeben, daß der Katheter immer noch seinen Platz wie früher in der Behandlung behauptet. Zwei Klassen von Prostatikern, wo tägliche einmalige oder mehrmalige Blasenentleerung angebracht ist, denen jedoch aus Mangel an Reinlichkeit eine Selbstkatheterisierung nicht überlassen werden kann, die zweite, welche zur Katheterisierung nicht zu bewegen sind und sich lieber der Operation unterwerfen wollen, bieten die besten Bedingungen zur Operation, weil sie zeitig in die Behandlung kommen. Wenn jedoch der Katheter nicht mehr ohne Anstrengung durchgeht, schmerzhaft ist, dann soll operiert werden.

Wie soll operiert werden?

Seit Mr. Arthur Mc Gill of Leeds im Jahre 1888 seine Fälle von suprapubicaler Prostatektomie publiziert hat, hat diese Operation bedeutende Fortschritte gemacht.

Die Hauptsache ist die richtige Auswahl der Fälle zur Operation, nicht die Methode der Operation.

Die Zeit zur Operation ist gekommen, wenn der Katheter aufgehört hat, ein Palliativmittel zu sein.

Die Prostatektomie ist nach Verf. die einzige Methode, welche wirklich Aussicht auf Heilung bietet, besonders bei jungen Leuten, bei denen die Hypertrophie sich sehr schnell entwickelt, die palliative Katheterbehandlung frühzeitig versagt, auch bei älteren, die jedoch physisch noch sehr kräftig sind. Ältere Personen, bei denen die Narkose Gefahren bietet, passen mehr für die Bottinische Operation, welche weit gefahrloser ist als die Radikaloperation. Verf. beschreibt einen Fall, wo ein Patient, an dem unter Äthernarkose Prostatektomie gemacht werden sollte, die Operation wegen eintretenden Collapses nicht gemacht werden konnte und unter 4 % Lokalanaesthesie 3 Bottinische Incisionen mit bestem Erfolge gemacht wurden. Die Bottinische Operation ist mehr Palliativmaßnahme. Cystoskop und andere instrumentelle Prüfung gaben genügende Anhaltspunkte. Die auswechselbaren Messer (Joungsche Modifikation des Bottinischen Instruments) machen die Operation sicherer und accurater. Der „Bottini" ist nicht so lebensgefährlich, er braucht keine Allgemeinnarkose, hat kurze Rekonvalescenz, er ist allerdings auch weniger sicher als die Prostatektomie, bietet aber Aussicht auf einen derartigen Grad von Besserung, dass er den Katheter entbehren kann, und kann angewandt werden, wo die Prostatektomie nicht möglich ist, hat einen bedeutend grösseren Indikationskreis als die Radicaloperation.

Rohleder-Leipzig.

A. G. Fauld's: Oxygen gas for Cystoscopy. The medical News 1904, 16. Ref. aus Brit. Med. Journal. March 1904.

Anstatt Karbolsäure, Bor und anderen Flüssigkeiten zur Ausdehnung der Blase behufs Cystoskopie benutzte Verf. Oxygengas. Der Vorteil einer

flüsssigen Lösung ist bekanntlich der, daß er die Hitze zerstreut und so die Blasenschleimhaut schützt. Jedoch macht die Einspritzung einer flüssigen Lösung, durch event. Blut und Eiter in der Blase, die sich lösen und so das Gesichtsfeld verdunkeln, es oft unmöglich, genau zu sehen. Das Gas wird durch den Tubus vermittelst eines Gummiballons in die Blase eingeführt und bewährte sich besonders bei blutigen Tumoren, blutiger Schleimhaut, Vorhandensein von Eiter. Verf. meint, das Gas gebe einen gewissen Tonus der Blasenwand und reinige den Urin. Nach Entfernung des Cystoskopes soll das Oxygengas bei Cystitis in der Blase belassen werden, damit es seine desinfektorische Wirkung entfalte. Rohleder-Leipzig.

Incontinence d'urine guérie par la ponction lombaire pour Babinski et Boisseau (Le progrès médical, 1904, Nr. 19).

Mehrere Patienten, welche an Incontinentia urinae litten, wurden durch ein oder zweimalige Lumpalpunktion von ihrem Leiden befreit, so ein 17 jähriges Mädchen, welches 10 Jahre inkontinent war, ferner ein Mann, welcher infolge von Syphilis an einer organischen, spasmodischen Paraplegie mit Paralyse des Sphincter vesicae litt. Ein 14 jähriger Knabe mit Incontinenta diurna et nocturna wurde durch die erste Punction von der nächtlichen, durch eine zweite von der täglichen Incontinenz befreit. Nur bei einem Ataktischen halfen die Lumbalpunktionen nichts. Nur nach einer Punktion hörte die Incontinenz 14 Tage lang auf. Immerwahr-Berlin.

De la stérilisation des sondes en gomme et en caoutchouc par la vapeur et de leur conservation stérile. Par **Albert Freudenberg.** S.-A. 1903.

F. hüllt jeden einzelnen Katheter in Filtrierpapier, versieht die Hülle mit der Bezeichnung des Katheters, legt die so eingehüllten Katheter in Metallkisten mit doppelten Wänden (die innere Wand ist durchlöchert, die äußere nicht), bringt die Kästen für $^3/_4$ Stunden in den Dampfsterilisator, und verschließt sie nach Herausnahme, sobald die Hüllen trocken geworden sind. Man hat so jederzeit das gewünschte Instrument keimfrei gebrauchsfertig. Goldberg-Cöln-Wildungen.

Verengerung des unteren Endes des Harnleiters durch Druck einer entzündeten Samenblase. Von **Young.** (Annales des maladies des org. génitourinaires. 1904. 1.)

Ein 29jähriger Mann, der nie geschlechtskrank gewesen, hatte vor 4 und vor 2 Jahren eine acute Retentio urinae durchgemacht, nach der letzten eine Harnfistel am Damm nach Incision eines Abscesses zurückbehalten. Bald darauf rechtsseitige Lendenschmerzen, und kurze Zeit Fieber und Nachtschweiße. Status: Prostatitis et Vesiculitis purulenta, Fistula Urethrae prostaticae, Pyelonephritis dextra; linke Niere gesund. Bei der Exstirpation der rechten Niere und des r. Harnleiters fand man das Blasenende des letzteren verengt und verwachsen mit der vergrößerten und entzündeten Samenblase. Im Anschluß an diesen Fall teilt Verf. noch einige Fälle von Strictur

des Blasenendes des Harnleiters mit, die durch eingekeilte Harnsteine verursacht, durch Kombination von Radiographie und Ureterenkatheterismus erkannt und lokalisiert, und durch verschiedene, hier nicht näher zu erörternde Operationen beseitigt wurden. Goldberg-Cöln-Wildungen.

Parésie et crises vésicales préataxiques traitées par l'électricité par le **Dr. A. Millant.** (Le Progrés médical, 1904, Nr. 15).

Ein 50 jähriger Tabiker litt an heftigen anfallsweise auftretenden Schmerzen in der Blasengegend. Das Urinieren gelang nur unter heftigem Drängen manchmal nur tropfenweise. Häufig hörte der Harnstrahl wieder auf, noch ehe die Blase vollständig entleert war. Abgesehen von 2 mäßigen Stricturen der Urethra bestand eine Blasenparese verbunden mit Crises vesicales. Die Behandlung mit dem faradischen Strom, bei welcher die negative Electrode in die Blase eingeführt wurde, während die positive auf die Lendengegend aufgesetzt wurde, besserte die Beschwerden. Immerwahr-Berlin.

Rudolph Bloch (Prag): **Über eigentliche Hauttuberkulose (Tuberc. cutis propria Kaposi) des Penis bei Urogenitaltuberkulose, nebst einigen Bemerkungen über verschiedene Formen von Periurethritis.** (Prager medizin, Wochenschrift 1904, Nr. 17—19).

Der interessante und lehrreiche Fall, über den Bloch in ausführlicher Weise unterrichtet, betraf einen 24 jährigen Mann, dessen Leidensgeschichte wir, um nicht zu weitschweifig zu sein, in nuce durch die Bezeichnungen der pathologischen Bilder wiedergeben können: Epididymitis et Deferentitis sinistra operata, Urethritis et Epididymitis dextra gonorrh. peraeta. Verf. beobachtete: Tuberculosis renum, Urethritis et Periurethritis tuberculosa, (Fistula partis pendulae penis, Fistula glandulo — urethro — cutaneo — rectalis e Cowperitide sin. tuberculosa), Tuberculosis cutis penis propria sanata). Wertvolle Anhaltspunkte für das Studium der Periurethritis, welche der Fall bietet, werden vom Verf. in eingehender Weise behandelt. Ergänzungsweise wird zum Schluß eine Beobachtung von schwerer Periurethritis externa et interna (Pericystitis) angegliedert. Blanck, Potsdam.

Dr. F. Besing: Die Behandlung der acuten und chronischen Gonorrhoe des Mannes. (Therapeutische Monatshefte 1904, Nr. 2.)

Besing empfiehlt Ausspülungen der vorderen Harnröhre (Kalihypermang. 1:4000) mit der Zeisl'schen Handspritze (200—250 gr.) in der Poliklinik, die durch Injektionen von Albargin, Protargol oder Argent nitric 1:1000 — 1:5000 gr. 2—3 mal täglich von Seiten des Patienten unterstützt werden. Die Flüssigkeit bleibt nur kurze Zeit in der Harnröhre. Sind durch 3—4 Wochen in dem Morgentropfen noch Gonococcen, so findet ein Ersatz des Kali hypermanganicum durch Argent nitric 1:4000, später 1:2000 statt, die Injektionen zu Hause werden dann mit Resorcin 1—3% gemacht. Verzögert sich die Heilung, kommt die Dilatation zu ihrem Recht. Bei Cystitis finden Helmitoltabletten à 0,5 gr. 6 mal täglich Verwendung, außerdem Blasenspülungen mit Kali hypermanganicum 1:4000, bisweilen mit Borsäure oder schwacher Höllensteinlösung.

Digitized by Google

Bei der chronischen Gonorrhoe mit Infiltraten will B. die Sondenbehandlung nicht missen, nach deren Beseitigung auch die Gonococcen verschwinden. Ein positiver Befund von Gonococcen wäre nach B. keine Contraindication zu der Sondenbehandlung. Endoskopie kommt zur Anwendung bei umschriebenen Infiltraten, die Ätzung dieser Stellen mit Argent. nitricum $^1/_2$—1% findet im Tubus statt. Stets findet dabei Dilatation statt, nach derselben Ausspülung mit Argent nitric oder Kali hypermanganicum. Die Sondenbehandlung (Béniqué) geht bis zu Nr. 30 ×, bleibt nie unter Nr. 27. Erkrankungen der Prostata heilen unter Massage und Instillation von Höllenstein 1:200—1:100. Ehekonsens wird erteilt, wenn trotz häufiger Reizung der Harnröhrenschleimhaut keine Gonococcen gefunden wurden. (Und Eiterbefund im Sekret, in den Fäden, in der Prostata?). Steiner-Mannheim.

Vincenz Pavec (Semlin): **Über Venerie und Syphilis in Bosnien und Herzegowina in ihrem Zusammenhange mit dem Familien- und Geschlechtsleben der dortigen Mohammedaner.** (Allgemeine Wiener medizinische Zeitung 1904, N. 14—19).

Der innige Zusammenhang zwischen dem Geschlechtsleben der orientalischen Völker und den Krankheiten der Genitalien veranlaßte den Verf., eine Skizze aus dem Familien- und Geschlechtsleben der bosnischen Mohammedaner zu entwerfen, um die Entstehung und Verbreitung der Syphilis in Bosnien und Herzegowina erklärlicher darzustellen. Seine folgenden Darlegungen über die Frage, wie und auf welche Art die Syphilis überhaupt entstanden ist, wie sie sich weiter entwickelt und verbreitet hat, dürften nicht allgemein acceptiert werden (cf. J. Bloch „über den Ursprung der Syphilis"). Nach Verf. ist die Annahme fest begründet, daß die Lustseuche erst mit der Eroberung Bosniens und der Herzegowina durch die Osmanen in diesen Ländern bekannt und verbreitet wurde. Infolge der bis vor kurzem mangelhaften Behandlung hat dieselbe dort einen malignen Charakter angenommen. Extragenitale Primäraffekte sind viel häufiger als wo anders. Die mangelhaften Wohnungsverhältnisse und die Lebensweise der Bosnier und Herzegowiner auf dem Lande und auch hier und dort in der Stadt begünstigen die Verbreitung und den bösartigen Verlauf der Syphilis. Erst neuerdings sind entsprechende sanitätspolizeiliche Maßnahmen getroffen. Im einzelnen verweisen wir auf das unterhaltend geschriebene Original. Blanck, Potsdam.

III. Besprechungen.

G. Luys: La séparation de l'urine des deux reins. Préface par Henri Hartmann. Avec 55 figures dans le texte. Paris, Masson & Co., éditeurs. 1904.

Bei Gelegenheit des 5. französischen Urologenkongresses im Jahre 1901 demonstrierte Luys ein von ihm konstruiertes Instrument, zum getrennten Auffangen des Urines beider Nieren in der Blase bestimmt.

Digitized by Google

Nachdem Luys selbst und mehrere andere Autoren über die mit diesem Instrument erzielten Resultate sich in einer Reihe von Publikationen und Demonstrationen geäußert hatten, nachdem Hartmann, der „Séparation intravésicale de l'urine-des deux reins" in seinem im Jahre 1903 erschienenen vortrefflichen Werke „Travaux de Chirurgie anatomoclinique" ein besonderes gemeinsam mit seinem Assistenten Luys verfaßtes Kapitel gewidmet hatte, hat Luys nunmehr seine Erfahrungen und die gesamte einschlägige Literatur in einer bemerkenswerten Monographie zusammengefaßt, welche gleichzeitig ein Beweis des großen Interesses ist, welches heute der Frage der Separation des Urins allseitig entgegengebracht wird.

Der Verfasser ist in Frankreich zuerst dem Problem des endovesicalen getrennten Auffangens des Urines beider Nieren nähergetreten und er hat den berechtigten Anspruch, das erste brauchbare Instrument zu diesem Zwecke konstruiert und in die urologische Praxis eingeführt zu haben. Es gereicht ihm zu besonderer Ehre, daß sein Chef Hartmann das Vorwort zu dem Werk verfaßt hat, in welchem er dem Verdienste des Verfassers als dem Urheber der Methode volle Gerechtigkeit widerfahren läßt. Verfasser betont zunächst die Notwendigkeit des getrennten Auffangens des Urines beider Nieren bei fast allen renalen Erkrankungen, nicht nur in diagnostischer Beziehung, sondern ganz besonders auch für alle diejenigen Fälle, in welchen chirurgische Eingriffe an einer Niere in Betracht kommen. Neben einer Anzahl besonders beweiskräftiger Fälle aus der französischen Literatur, vermißt man die Bezugnahme auf die darüber bestehende ausländische, besonders deutsche Literatur.

Es folgt ein historischer Ueberblick über die bisher geübten Methoden des getrennten Auffangens des Urines beider Nieren und eine mit erfreulicher Objektivität geübte Kritik derselben.

Sodann gibt Verfasser eine ausführliche Beschreibung des von ihm erfundenen Instrumentariums und der technischen Anwendung desselben. Das genauere hierüber ist im Original nachzulesen.

Das folgende Kapitel ist der Frage gewidmet, welcher der bestehenden Methoden zum getrennten Auffangen des Urines der Vorzug zukommt. Dem einseitigen Ureteren-Verschluss wird mit Recht eine nur noch historische Bedeutung zugesprochen. Die Frage, ob dem Ureteren-Katheterismus, oder der Endovesicalen Separation des Urines der Vorzug gebühre, wird von dem Verfasser gänzlich zugunsten der letzteren Methode entschieden. Immerhin dürfte dieses Urteil etwas zu sehr subjektiv gefärbt sein. Ganz abgesehen davon, daß der Ureteren-Katheterismus eine an sich gute und brauchbare Methode darstellt, ist er für eine bestimmte Anzahl von Fällen der Separation entschieden überlegen. Ueberall da, wo neben den Nieren und Ureteren auch die Blase selbst in größerer Ausdehnung erkrankt ist, würden die Sekretionsprodukte der pathologisch veränderten Blasenschleimhaut das Resultat der endovesicalen Separation illusorisch machen. Ebenso bilden die Fälle von erheblicher Niveauveränderung der Blase, wie Hypertrophie eines mittleren Protastalappens, Geschwülste, erhebliche Verzerrungen der Blase bei adhaesiven Entzündungen benachbarter Organe u. a. ein absolutes Hindernis für die Anwendung des Separators. Unstreitig wird man aber auch in einer Reihe von Fällen, in welchen durch den Ureteren-Katheterismus ein Transport

von infektiösem Blaseninhalt in das gesunde Nierenbecken stattfinden kann, es sei nur an einseitige Nierentuberkulose mit gleichzeitiger Erkrankung der entsprechenden Blasenhälfte erinnert, der Separation, als der gefahrloseren Methode, den Vorzug geben.

Im Schlußkapitel illustriert Luys seine Methode in hervorragender Weise durch die ausführliche Beschreibung von mehr als 200 Fällen, bei welchen teils von ihm selbst, teils von anderen Urologen etwa 400mal bei Männern, Frauen und Kindern die Separation ausgeführt worden ist, stets mit gutem Resultat und stets ohne schädliche Folgen. Einer größeren Anzahl dieser Berichte sind ausgezeichnete Abbildungen der auf Grund der Ergebnisse der Separation entfernten Nieren- und Harnleiter beigegeben, welche in ihrer Gesamtheit einen stattlichen Ueberblick über die Nierenpathologie gewähren.

Indem Luys die bis dahin fast unbekannte Methode der endovesicalen Separation des Urines durch seine Erfindung zu einer brauchbaren und handlichen Untersuchungsmethode gemacht hat, hat er sich um das wichtige und im Vordergrund der Diskussion stehende Kapitel der funktionellen Nierenuntersuchung ein unbestrittenes Verdienst erworben. Sein klar und sachlich geschriebenes Werk, welches eine erfreuliche Bereicherung der urologischen Literatur bildet, wird der endovesicalen Separation viele Anhänger zuführen.

Ernst R. W. Frank, Berlin.

W. Hanauer: Geschichte der Prostitution in Frankfurt a. M. (aus der Festschrift zum I. Kongreß der D. G. z. B d. G). Verfasser hat zu seiner Arbeit große historische Studien speziell in den Chroniken von von Larsner (Chronica der weitberühmten freyen Reichs-, Welt- und Handelsstadt Frankfurt a. M. 1734), Kirchner etc. und in dem Stadtarchiv von Frankfurt a. M. gemacht. Die ältesten Nachrichten über die Prostitution datieren erst vom Ausgange des Mittelalters, sie gehen bis zum Jahre 1387 zurück. Wir erfahren daraus, daß es schon seit alter Zeit eine konzessionierte Prostitution gab und daß die Dirnen in Bordells, den sogen. Frauenhäusern, wohnten; daneben gab es bereits eine geheime Prostitution, die sich der Aufsicht entzog und nicht konzessioniert war. Die der geheimen Prostitution ergebenen Dirnen wohnten teils ebenfalls in Frauenhäusern, den geheimen Bordells oder einzeln. Außerdem gab es noch eine fahrende, vagierende Prostitution. Verfasser unterscheidet nach den Tatsachen, die er festgestellt hat, drei Perioden. Die Erste bis zur Reformation reichende ist diejenige der Frauenhäuser, die Prostitution ist kaserniert und reglementiert und, wie es scheint, in einer ganz zweckmäßigen und den damaligen Zeitverhältnissen angepassten Weise. Von einer Leistungsfähigkeit dieses Systems in gesundheitlicher Beziehung kann man allerdings nicht sprechen, denn einmal trat ja die Syphilis erst am Ende dieser Periode auf, und sie war ja mit die Veranlasserin der Aufhebung der Bordells, andererseits war eine hygienische Behandlung der Prostitution ja überhaupt noch fast gänzlich unbekannt. Viel sicherer wirkt dieses System in moralischer Beziehung. Die Prostitution war streng lokalisiert und abgegrenzt, das Bürgertum erhielt sich rein, von einer moralischen Infektion ist nirgends die Rede.

Die zweite Periode datiert von der Aufhebung der Frauenhäuser bis

Digitized by Google

zur Wiedereröffnung der Bordells in der fürstlichen Zeit von 1560—1812. In diesem langen Zeitraum war die Prositution nicht geduldet, natürlich brauchte sie dann auch nicht reglementiert zu werden. Der Weisheit letzter Schluß war: Bestrafung der Prostitution. Welche Folgen dieses System hatte, zeigte sich am deutlichsten in der Mitte und am Ende des XVIII. Jahrhunderts: gewaltige Zunahme der Geschlechtskrankheiten, moralische Verwilderung und Verseuchung des Bürgertums. Das letztere ist leicht zu erklären: da es offiziell keine Dirnen gab, keine Mädchen, denen die Obrigkeit und die öffentliche Achtung eine Ausnahmestellung zuwies, so musste sich die Grenze zwischen gewerbsmäßiger Unzucht und der anständigen Einwohnerschaft völlig verwischen. Dazu kam die andere unentbehrliche Begleiterscheinung dieser klassischen Blütezeit der Winkelprostitution: die auf's schamloseste ausgeübte Kuppelei.

Die dritte Periode von 1812 an räumt mit diesen unhaltbaren Zuständen auf, es werden Bordells wieder zugelassen, die Prostitution wieder reglementiert. Auf die Hebung der Sittlichkeit müssen diese jedenfalls eine sehr günstige Wirkung ausgeübt haben, die Aufhebung der Bordells 1867 konnte alsdann sehr gut den veränderten Zeitverhältnissen entsprechend, erfolgen. Die Hauptsache war nur, daß die Reglementierung erhalten blieb.

Gebert-Berlin.

Ueber unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen von Dr. med. Karl Ries in Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke 1903 in Stuttgart. Der im Zweigverein Württemberg der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gehaltene Vortrag verdient allgemeine Beachtung nicht nur in Aerzte- sondern ganz besonders in Laienkreisen. Der Verfasser schöpft aus reicher Erfahrung und versteht es gleichzeitig durch klare und leicht verständliche Ausdrucksweise den Lesenden zu fesseln. Im Allgemeinen ist das Publikum über die Art der Uebertragung bisher wenig oder gar nicht aufgeklärt. Es ist daher kein Wunder, wenn der mit Syphilis oder Gonorrhoe Behaftete verdammt und zu den moralisch Verworfenen gezählt wird, daß man in der Syphilis eine schmachvolle Krankheit erblickt, die nur unwürdige, ausschweifende Menschen trifft, anstatt solche Menschen zu bedauern und aufzurichten. Ahnt doch der Vertreter der Moral gar nicht, wie leicht er selbst das Opfer der Syphilis werden kann. Die fortschreitende Erkenntnis in der Lehre dieser Geschlechtskrankheiten hat uns in tausenden Fällen bewiesen, daß die Eingangspforte für das syphilitische Gift an Stellen der Haut und der Schleimhäute sitzt, die von den Geschlechtsorganen weit entfernt liegen, daß wir alle, ohne geschlechtlichen Verkehr zu haben, leicht an diesen Leiden erkranken können. Der Verfasser erläutert die Art der Ansteckung durch Beispiele aus dem täglichen Leben und schließt der Schilderung der Krankheitsbilder beherzigenswerte Ratschläge an. Diese Aufklärung des unwissenden Publikums verdient bei ihrer eminent sozialen Bedeutung, sowie im Interesse der Verhütung dieser Krankheitsübertragung und ihrer oft verderblichen Folgen allgemeinste Aufmerksamkeit. Chrzelitzer-Posen.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Digitized by

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—)
Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 7. **Ende Juli 1904.** Jahrgang I.

Inhaltsübersicht.

I. **Originalarbeiten:**

1. *F. Siebert-München:* „Ein kritischer Beitrag zur sexuellen Moral."
2. *L. Eisenstadt-Berlin:* „Die Aufgaben des Arztes im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten."
3. *Max Marcuse-Berlin:* „Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechts-Verkehr raten?"

II. **Referate:**

1. *Kögl-Wien:* Über die Verwertung des Stypticin in der urologischen Praxis.
2. *Josicnek:* Über Urethral- und Präputialsteine.
3. *G. Mellin:* Beitrag zur Kenntnis der Bakteriurie bei Kindern.
4. *J. Zappert:* Über Genitalblutungen neugeborener Mädchen.

III. **Tagesgeschichte.**

I. Originalarbeiten.

Ein kritischer Beitrag zur sexuellen Moral.

Von **Dr. F. Siebert-München.**

Durch die Erkenntnis der Bedeutung und Wirksamkeit der sozialhygienischen Maßnahmen wurden wir Ärzte gezwungen, zu Zeiten unsere Blicke auch auf Gebiete zu werfen, die unserem ärztlichen Arbeitsfelde ferner liegen. Wie wir erkannt haben, daß die Beachtung der psychischen Faktoren beim einzelnen Patienten von ungeheurem Werte für die physischen Vorgänge ist, so dürfen wir auch sagen,

wir haben es in der Hygiene nicht nur mit dem Volkskörper zu tun, sondern der Arzt hat auch das Recht, in Fragen, welche die Volksseele angehen, ein Wort mitzureden.

Das mußte ich zu meiner Verteidigung vorausschicken, wenn ich nun eine Sache bespreche, von der vielleicht mancher Arzt sagen wird, der Streit gehört nicht in eine ärztliche Zeitschrift.

Ich lese gerade eine ärztliche Moral, herausgegeben von Charles Coppens, Professor am Medizinischen Creighton Colleg in Omaha, übersetzt von Dr. B. Niederberger, Professor der Moraltheologie am Priesterseminar in Chur; mit Vorrede und Anmerkungen versehen von Dr. L. Kannamüller, prakt. Arzt in Passau. — In dieser ärztlichen Moral finde ich folgende Sätze: „Die Fleischessünden zu bestrafen, war die Sintflut gesandt, die beinahe das ganze Menschengeschlecht vertilgte. Um die schreiende Ausschreitung der sinnlichen Lust zu züchtigen, wurden Sodom und Gomorrha durch Feuer vom Himmel verzehrt. In den genannten Fällen hat Gott diese Verbrechen auf wunderbare Weise bestraft; das ist aber nicht sein gewöhnliches Verfahren. Er hat unsere Natur so eingerichtet, daß Vergehen gegen sein Gesetz, an unserm Leib begangen, in der Regel von selbst einen Teil ihrer Sühnung nach sich ziehen und zwar eine Ahnung, die nicht geringer ist, als wenn sie durch Wunder vollzogen würde. Alle die venerischen Krankheiten sind dazu da, als irdische Diener der himmlischen Gerechtigkeit einzuschreiten, bald um die Strafe der anderen Welt hienieden schon zu beginnen — öfters, um warnend und zur Bekehrung mahnend sie abzuwenden".

Ich glaube, wir Ärzte haben die Pflicht, jedermann einen so gläubigen Christen und einen so guten Heiden sein zu lassen, als er es mit seinem Gewissen und seiner Überzeugung in Einklang bringen kann, aber ich glaube, wir haben trotzdem die Pflicht, gegen moralische Anschauungen aufzutreten und vor solchen zu warnen, die wir als gefährlich für unsern Volkskörper erkannt haben, mögen sie stammen aus welcher Quelle sie wollen. Wir Ärzte, die wir uns mit der Behandlung der venerischen Krankheiten — wir dürfen ohne Übertreibung sagen — redlich plagen müssen, haben als eines der größten Hindernisse, welches uns in der Erreichung unseres Zieles entgegenstehen, gerade diese hier vorgetragene Anschauung über die Geschlechtskrankheiten empfunden. Da darf ich wohl behaupten, daß fast ohne Ausnahme alle Fachkollegen diese Anschauung mit mir teilen. Diese Brandmarkung der Geschlechtskrankheiten „als wohl verdiente Strafe Gottes" hat es bedingt, daß in den Krankenhäusern die

Digitized by Google

Abteilungen für Haut- und Geschlechtskranke immer die Aschenbrödel waren, diese Anschauung ist die Quelle für all die Hindernisse, die wir Fachärzte in diesem Gebiete noch zu den übrigen Schwierigkeiten in der Behandlung der Patienten, die wir mit den übrigen Kollegen teilen, hinzubekommen haben.

Haben solche minderwertige Moralvorstellungen wirklich festen Fuß gefaßt, dann wird es bald heißen: weil diese Krankheiten die Strafe Gottes sind, deshalb ist es auch unrecht, den strafenden Arm Gottes aufhalten zu wollen. Jetzt haben wir es endlich, wenigstens für die größeren Städte soweit gebracht, daß die Abteilungen für Geschlechtskranke nicht als minderwertige Abteilungen behandelt werden. Wir haben endlich bei der Reichsgesetzgebung erreicht, daß den Geschlechtskranken auch die Wohltaten der Kassengesetzgebung zuteil werden. Und da tritt von neuem eine Anschauung auf, die geeignet ist, alles das zunichte zu machen, was wir in schwerer Arbeit langsam errungen haben.

Vor Ärzten brauche ich ja nicht auf die weiteren schlimmen Folgen zu verweisen, welche der aus einer solchen moralischen Anschauung hervorgehende Zwang zur Verheimlichung der Erkrankung mit sich bringt. Wir alle wissen, wie viel Unheil die Vertuschung angerichtet hat. Welche Schutzmaßregeln sind weiterhin gegeben, daß die für das Gebiet der Geschlechtskrankheiten aufgestellten Anschauungen nicht überhaupt auf alle Krankheiten übertragen werden, daß wir auf der schiefen Ebene nicht wieder auf den lieblosen Standpunkt herabgleiten, auf Grund dessen man in jedem Kranken einen bestraften Sünder sieht.

Aber ich glaube, wir dürfen als Ärzte ruhig noch einen Schritt weitergehen. Wir dürfen nicht nur deshalb Protest gegen eine solche Anschauung erheben, weil sie geeignet ist, die junge Saat, die wir aufgehen sahen, für die wir unsere Lebensarbeit eingesetzt haben, zu vernichten, sondern auch deshalb, weil wir von unserm ärztlichen Arbeitsgebiet aus eine solche Anschauung als unmoralisch überhaupt verurteilen müssen. Wir dürfen mit den Erfahrungen, die wir in unserem Arbeitsgebiet machen, an die Moral herangehen und dürfen sagen, unser ärztliches Denken und Empfinden verbietet uns eine solche Moral, wir können eine solche Moral nur eine schlechte Moral heißen. Nicht nur praktisch fühlen wir Ärte uns in unserm Handeln dadurch beengt, nein, unser menschliches Empfinden wird dadurch beleidigt. Ich glaube, wir treten keinem Menschen zu nahe, und keinem Moralsystem, es

mag aus Grundsätzen hervorgehen, welche sie sein wollen, wenn wir offen sagen, eine Strafart wie es diejenige wäre, die durch Einpflanzung von Gonokokken ins menschliche Gewebe geschieht, die kann nicht von einem moralisch höchsten Wesen ausgeführt werden. Jeder, der die Aufgabe hat, den verschiedenen Wegen nachzugehen, auf welchen die Gonokokken oder die Erreger der Syphilis heimtückisch dem Menschen schaden, jeder, der des öfteren viel Mühe, Arbeit und Sorgsamkeit, die von seiner und des Patienten Seite aufgewendet wurden, am Schlusse hat zu schanden werden sehen, der wird nicht gutstehen können für die Ausdrücke, die er dann gebrauchen würde, wenn er annehmen müßte, daß die Ursache, der immerwiederkehrenden Rezidive nicht in der unglücklichen Lage des Falles, sondern im Handeln eines bewußt strafenden Wesens zu suchen ist.

Die von mir angegriffene Moral-Anschauung ist nicht diejenige irgend eines in den Hinterwald verschlagenen Mannes, die nicht ernst zu nehmen wäre, sondern das Buch — wie es mir vorliegt — hat, nachdem es geschrieben wurde, einen dreifachen Filter passiert. Es wurde von einem Professor der Moraltheologie ins Deutsche übersetzt. Im allgemeinen werden doch nur Bücher aus einer Sprache in die andere übersetzt, von denen anzunehmen ist, daß sie unter die wertvolleren Erscheinungen des Büchermarktes gehören. Es hat eine Erweiterung durch einen praktischen Arzt gefunden und bekam vom Bischof die Druckerlaubnis. Auch eine Übersetzung ins Französische wurde von dieser ärztlichen Moral gemacht, also bin ich wohl nicht im Unrecht, wenn ich darin eine programmatische Schrift erblicke, und ich glaube, ich handle zum Besten meines Volkes, wenn ich die Kollegen auffordere, möglichst kräftig Protest gegen eine solche Moralanschauung zu erheben, und sich dagegen auszusprechen, daß eine solche in unserem Volke mit der Autorität der Kirche verbreitet wird. Ich glaube auch, daß ein Arzt, der auf dem Boden der katholischen Lehre steht, sich ruhig diesem Einspruch anschließen kann, er wird damit der Glaubenslehre, der er sich angeschlossen hat, nur einen Dienst erweisen. Kein Mensch, dem es um die religiöse Frage ernst ist, dem die Gemütswerte, die in der Religion enthalten sind, zur Herzenssache geworden sind, wird die Toleranz so weit treiben wollen, daß er nicht die Religion vor solchen Lehren schützen wollte.

Infolgedessen möchte ich meine Kollegen auffordern, recht zahlreich gegen solche Morallehren zu protestieren im Namen der ärztlichen Kunst, im Namen der Kultur, der Moral und nicht zuletzt der Religion.

Digitized by Google

Die Aufgaben des Arztes im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten.

Von Dr. **L. Eisenstadt**, Berlin.

(Fortsetzung und Schluß.)

Was nun die öffentliche Belehrung durch schriftliche Mitarbeit des Arztes betrifft, so kommen hierbei drei Faktoren in betracht: a) Broschüren, b) Tages- und Fachpresse, c) Flugblätter.

Der Wert populär-medizinischer Broschüren ist wenigstens für die gebildete Jugend weit höher zu schätzen als derjenige des Vortrages, wenn dieselben leicht fasslich geschrieben sind und möglichst Tatsächliches bieten. Zahlen über Nervenkrankheiten nach unbehandelter Syphilis im Vergleich zu wiederholt behandelten Kranken, über die auffällige Seltenheit von Harnröhrenverengerungen nach örtlich behandelten Gonorrhoeen u. a. m. sind geeignet, Vertrauen zur richtigen Behandlung zu erwecken. Behauptungen dagegen, daß die Einkinderehe für die Gonorrhoe typisch sei, sind für nichtärztliche Leser gefährlich und tragen nur zur Beunruhigung bei, um so mehr, wenn sie von Spezialärzten stammen. Wir stehen hier erst im Anfange einer aufklärenden Litteratur, die aber auf einen toten Punkt gelangt, wenn die Rückäußerung des Laien fehlt. Denn nach dieser muß sich eine zweckmäßige populär-medizinische Schrift richten, nicht aber nach dem Streben, die Wissenschaft zu popularisieren.

Haben wir aber eine solche allseitig befriedigende Schrift über „Wesen und Behandlung der Geschlechtskrankheiten" gefunden, wie z. B. die Silber'sche Preisschrift, so ist es wichtig, dieselbe möglichst weit zu verbreiten. Non multa, sed multum! Nicht viele Aufklärungswerke, sondern eines, das überall gelesen wird. Die hierzu erforderliche Propaganda und Beschaffung der Geldmittel dürften wir der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten überlassen.

Die Mitarbeiterschaft des Arztes an der Belehrung durch die Presse erstreckt sich zunächst auf ein eigenes aufklärendes Organ, ein Fachblatt. Bisher haben weder die interessierten Regierungen, noch die Ärzte für die erforderliche Verbreitung eines solchen Organs gesorgt, das durch die Vermittlung aller möglichen Vereine jedermann kostenlos zugehen sollte. Der wichtigste Teil eines solchen Fachblattes wäre ein öffentlicher Sprechsaal, d. h. der öffentliche Meinungs-

austausch zwischen Laien und Ärzten über das ganze Gebiet der Geschlechtskrankheiten. Bisher besitzt keine einzige ärztlich redigierte populär-medizinische Zeitschrift einen derartigen Sprechsaal. Daß aber weit und breit im Volke ein Interesse an einem solchen Meinungsaustausch vorhanden ist, wird jeder Arzt von seiner Sprechstunde aus wissen.

Ferner müßte dieses Aufklärungsorgan ständig ein Verzeichnis der empfehlenswerten einschlägigen Litteratur bringen und besonders vorsichtig in der Wahl seiner Annoncen sein, oder dieselben gänzlich unterlassen.

Die Tagespresse sollte durch die ärztlichen Vereine namentlich mit statistischen und casuistischen Mitteilungen über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten versorgt werden. Solange freilich die ärztlichen Organisationen in Deutschland noch nicht die wirtschaftliche Besserung ihrer Mitglieder erreicht haben, solange werden noch ihre zahlreichen hygienischen Aufgaben unbeantwortet bleiben.

Schon jetzt aber sind die Mitteilungen über Kongresse zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, über Gerichtsverhandlungen gegen Männer, die leichtsinnig Körperverletzungen durch infektiösen Geschlechtsverkehr herbeiführten, von hohem Werte für die Aufklärung des Volkes.

Es sollten aber derartige Veröffentlichungen nur durch die Vermittlung eigens dazu eingesetzter ärztlicher Kommissionen aufgenommen werden, weil diese allein imstande sind, den Nutzen und die Gefahren der hierher gehörigen Notizen richtig einzuschätzen. Die Veröffentlichung beispielsweise eines Kurpfuscherprozesses, in dem der Angeklagte von dem Verbrechen schwerer Vernachlässigung eines syphilitischen Kranken durch Nichtanwendung der Quecksilberkur, freigesprochen wird, sollte besser unterbleiben, weil dadurch die fleissigste Aufklärungsarbeit aufs schwerste geschädigt und die herrschende Verwirrung über „Wasser und Quecksilber" im Publikum vermehrt wird. Eine solche Veröffentlichung in der Tagespresse kann höchstens geeignet sein, die ganze Ohnmacht des Richters auf Grund der heutigen Gesetzeslage gegen die „Laienpraktiker" vorzugehen, zu illustrieren und das ist doch wohl für das Volk nicht besonders wissenswert.

Einen wesentlichen Fortschritt in der schriftlichen Aufklärung stellt das vor kurzem von der Deutschen Gesellschatt zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten herausgegebene Flugblatt dar, welches bereits in über einhalb Million Exemplaren verbreitet ist. Es ist zweifellos geeignet, die allgemeine Aufmerksamkeit auf die Gefahren und die

richtige Behandlung der Geschlechtskrankheiten hinzulenken. Eine Schwäche dieses Flugblattes aber besteht darin, daß der einzelne Krankheitszustand nicht ausführlich genug, namentlich nicht unter Berücksichtigung der Vorstellungen der Laien, dargelegt worden ist.

Weit zweckmäßiger dürfte es sein, „Anweisungen zur Belehrung und Behandlung von Geschlechtskranken" herauszugeben und dieselben allen Ärzten zur Weitergabe an die Patienten zu übermitteln. Solche Anweisungen, welche natürlich hinsichtlich ihres Inhaltes und Tones nicht leicht abzufassen sind und dem herrschenden Standpunkt gerecht werden müssen, haben sich bereits auf dem Gebiete der Kinderheilkunde sehr gut bewährt (H. Neumann, ärztliche Anweisungen für die Mütter kranker Kinder) und dienen als wertvolle Unterstützung der Beratung in der Sprechstunde.

Der nachfolgende Entwurf dieser Vorschriften scheint mir geeignet zu sein:

I. Akute Gonorrhoe.

Ihr jetziges Leiden ist in hohem Grade ansteckend. Daher müssen Sie sich jeden geschlechtlichen Verkehres enthalten, bis ich Ihnen erkläre, daß die Gefahr der Ansteckung beseitigt ist. Umhüllen Sie die Eichel ständig mit Watte und Gummischnürchen, und wenn Sie die Harnröhrenöffnung berührt haben, so waschen Sie sich Ihre Hände aufs gründlichste, um nicht die Krankheitsstoffe z. B. auf das Auge zu übertragen, in welchem Falle Sie sich eine eitrige Augenentzündung zuziehen können. Ihre Lebensweise muß nunmehr derart geregelt werden, daß Sie alles vermeiden, was geeignet ist, auf Blase und Harnröhre einen Reiz auszuüben.

Daher vermeiden Sie jede geschlechtlich erregende Lektüre und Unterhaltung. In Ihrer Ernährung sind die Gewürze und Säuren fernzuhalten, wie Pfeffer, Senf, viel Salz, Essig etc. Von den Genußmitteln wirkt hauptsächlich auf Blase und Harnröhre der Alkohol in jeder Form (Cognac, Bier, Wein). Die Ärzte haben wiederholt die Beobachtung gemacht, daß hiervon selbst geringe Mengen eine Verschlimmerung des Leidens hervorrufen. Da die sehr löblichen Bestrebungen gegen den Alkohol sich immer mehr ausbreiten, so wird es nicht mehr als Schande angesehen, wenn Sie in Gesellschaft Selters oder irgend ein anderes alkoholfreies Getränk genießen.

Dagegen ist eine rein vegetarische Ernährung im gegenwärtigen Zustande ganz überflüssig. Ferner ist die Mäßigung im Reiten, Rad-

Digitized by Google

fahren oder ähnlichem Sport, bei welchem die Unterleibsgegend sich in fortwährender aktiver oder passiver Bewegung befindet, dringend geboten.

Bedenken Sie aber, daß alle diese Maßnahmen zur Unterstützung der Behandlung dienen. Der Schwerpunkt des Heilverfahrens liegt in der örtlichen Behandlung. Diese durchzuführen, bis die Ansteckungsfähigkeit beseitigt ist, liegt in Ihrem eigensten Interesse und ist meine ärztliche Hauptaufgabe. Wie lange die Gesamtdauer Ihrer Behandlung sich erstrecken wird, kann ich Ihnen genau heute nicht sagen; ich rate Ihnen aber dringend, solange sich meinen Anordnungen zu unterziehen, bis ich Sie für geheilt erkläre.

II. Technik der Einspritzungen.

Die Ihnen verordnete Einspritzung führen Sie in folgender Weise aus:

Waschen Sie das Glied gründlich mit Seife und Wasser in einem lediglich hierzu bestimmten Becken. Gießen Sie von der Einspritzungsflüssigkeit einen Teil in ein sauberes, besonders hierfür bestimmtes Glas ab und wärmen dies leicht an. Sodann ziehen Sie die Spritze in diesem Glase bis zur Füllung an, halten Sie die Spritze gegen das Licht und lassen Sie aus derselben durch leichtes Abspritzen die Luft heraus.

Jetzt müssen Sie Urin lassen, damit Sie nicht während des Einspritzens unwillkürlich urinieren. Sie fassen sodann die Eichel, führen den Ansatz der Spritze in die Harnröhrenöffnung und drücken diese leicht gegen Spritzenansatz an. Darauf spritzen Sie langsam ein, nehmen die Spritze ab und drücken die Harnröhrenöffnung zusammen, damit die Flüssigkeit in der Harnröhre — und zwar, wenn ich nicht anderes bestimme — drei Minuten bleibt. Dann lassen Sie wieder Urin. In dieser Weise machen Sie die Einspritzung ... mal täglich.

Diese Einspritzungen und die hierfür angewendeten Medikamente haben für Sie keinerlei Nachteile und dienen dazu, in der vorderen Harnröhre die Entzündung und den Katarrh zu verringern und haben sich bei Tausenden von Kranken Jahrzehnte lang bewährt.

Es kommt aber vor, daß der Tripper mit einer Entzündung der hinteren Harnröhrengegend oder der Harnblase beginnt. Oder es kann der Tripper mit einem vorderen Harnröhrenkatarrh beginnen und von da aus sich weiter ausbreiten.

Daher ist es erforderlich, daß Sie genau beobachten,

1. ob Ihr Ausfluß zu- oder abnimmt,
2. ob sich oft Erektionen einstellen,
3. ob und wo sich Schmerzen zeigen,
4. ob Harndrang auftritt, d. h. die Erscheinung, daß Sie alle 15 Minuten und noch häufiger Drang zum Urinieren fühlen.

Im letzteren Falle setzen Sie die Einspritzungen sofort aus und teilen mir das mit. Zur Reinigung der Spritze vor und nach der Einspritzung empfehle ich Ihnen . . .

Niemals dürfen Sie derartige Einspritzungen nach den Anordnungen eines „guten" Freundes oder eines Apothekers oder brieflicher Empfehlung oder irgend einer Person, die keine ärztliche Approbation und daher keinerlei Verantwortlichkeit besitzt, ausführen. Sonst würde sich Ihr Leiden sehr leicht verschlimmern, jedenfalls aber verlängern.

Das Ihnen verordnete Suspensorium tragen Sie bis auf weiteres Tag und Nacht.

III. Akute Cystit. Epididym. Urethrit. post.

Bei Ihrem jetzigen Zustande ist die örtliche Behandlung vorläufig verboten. Dieselbe wird erst zu einer von mir angegebenen Zeit aufgenommen werden. Tragen Sie beständig, d. h. Tag und Nacht, das Suspensorium und befolgen Sie genau die innerlichen und äußerlichen Verordnungen, sowie die Vorschriften für Ihre jetzige Lebensweise und Ernährung. Was Ihre Beschäftigung betrifft, — so kann dieselbe fortgesetzt werden — so muß dieselbe unterbrochen werden.

IV. Chronische Gonorrhoe.

Ihre Beschwerden sind auf einen früheren akuten Tripper zurückzuführen; die örtliche Behandlung, welche ich selbst vornehme, ist solange erforderlich, bis Ihre Beschwerden beseitigt sind. Wieviel Zeit ich hierzu beanspruchen werde, läßt sich im voraus mit Sicherheit nicht sagen. Seien Sie überzeugt, daß keinerlei Wasseranwendung oder Kräuterbäder oder Lichtbäder oder irgend eine Allgemeinbehandlung Ihr rein örtliches Leiden wirklich heilen kann. Der Alkoholgenuß ist Ihnen erlaubt und zwar . . . . . , — verboten. — Der Geschlechtsverkehr ist Ihnen für die Zeit der Behandlung verboten, nicht allein wegen der Ansteckungsgefahr, sondern auch wegen seiner Reizwirkung auf die Harnröhrengegend. Bevor Sie zur jedesmaligen Behandlung kommen, waschen Sie das Glied mit Wasser und Seife.

Digitized by Google

Ihre Absicht, zu heiraten, dürfen Sie nicht eher ausführen, als bis ich Ihnen das Endresultat genauer und wiederholter mikroskopischer Untersuchung mitgeteilt habe.

V. Verhütung von Geschlechtskrankheiten.

Unter den Mitteln zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten steht obenan die Eingehung der Ehe und Enthaltung vom außerehelichen Geschlechtsverkehr. Diese Enthaltsamkeit pflegt keine gesundheitlichen Störungen nach sich zu ziehen.

Im übrigen vermag die richtige Anwendung eines Condoms (Fischblase oder Gummi) vor Ansteckung zu schützen. Dasselbe wird vor dem Gebrauch über das steife Glied gezogen und sodann mit Öl überstrichen. Nach dem Beischlaf wird das Glied, sowie Hoden, Unterbauch und innere Schenkelgegend mit einer schwachen Lösung von übermangansaurem Kali gewaschen (für 5 Pfennig übermangansaures Kali, 1—2 Körnchen auf eine Schüssel Wasser). Danach ist ein Seifenvollbad anzuschließen.

Zur Verhütung der Syphilis gibt es bisher außer diesem Verfahren kein sicheres Mittel.

Zur Verhütung des Trippers ist es den Ärzten gelungen, zweckmäßige chemische Mittel zu finden, welche nach dem Beischlaf in die Harnröhre einzuflößen sind; ich empfehle Ihnen —

Dieses Mittel wenden Sie folgendermaßen an:

VI. Schankergeschwüre.

Sie müssen wegen Ihrer ansteckenden Geschlechtskrankheit den Geschlechtsverkehr einstellen. Von der Ihnen verordneten Lösung nehmen Sie zwei Eßlöffel auf ein kleines Becken mit Wasser und baden darin des öfteren das Glied. Sodann pudern Sie von dem verordneten Pulver auf die geschwürigen Stellen und machen sich um das Glied einen Verband. Ob und welche anderweitige Behandlung noch erforderlich sein wird, werde ich Ihnen noch mitteilen. Kommen Sie solange zur Behandlung, bis ich Sie für geheilt erkläre.

VII. Lues.

Ihr Leiden bedarf, wenn auch Ihre Beschwerden gering sind und Schmerzen fehlen, der gründlichsten Behandlung. Mindestens . . . Jahre

lang müssen Sie sich in den von mir bestimmten Zeiträumen bei mir vorstellen, damit ich mich von dem Erfolge der Kuren, von dem eventuellen Auftreten von Hautausschlägen oder anderen Krankheitserscheinungen überzeugen kann. In dieser Zeit dürfen Sie, da Ihr Leiden in hohem Grade ansteckend ist, weder geschlechtlichen Verkehr ausüben, noch irgend jemand küssen, noch gemeinschaftlich aus einem Glase trinken u. a. m. Wenn Sie aber in dieser Zeit meine Anordnungen und Kuren genau befolgen, so hoffe ich bestimmt, Sie nicht nur von Ihrer Ansteckungsfähigkeit zu befreien, sondern auch so zu heilen, daß Sie sich keinerlei Befürchtungen für Ihre spätere Zukunft hinzugeben brauchen. Wenn immer Sie aus anderen Gründen einen Arzt aufsuchen, ist es Ihre Pflicht, demselben auch ohne Befragen von dieser Krankheit Mitteilung zu machen. Wenn Sie mir und der ärztlichen Kunst dauerndes Vertrauen entgegenbringen, so ist Ihr jetziges Leiden leicht heilbar. Sie dürfen die Ehe nicht eher schließen, als bis ich mich damit auf Grund meiner fortlaufenden Beobachtungen Ihrer Krankheit einverstanden erkläre.

VIII. Quecksilberkur.

Das Quecksilber wird seit mehreren Jahrhunderten als Heilmittel gegen syphilitische Erkrankung angewendet. Bisher sind alle Bemühungen gescheitert, es durch irgend ein anderes Mittel zu ersetzen. Das Quecksilber wird bei sehr vielen Krankheiten als Arznei verwendet. Seine Anwendung vermag niemals syphilitische Krankheitserscheinungen zu erzeugen. Vielmehr ruft das Quecksilber, wie jedes andere Medikament in einer für den Kranken zu großen Gabe gewisse Nebenwirkungen hervor, welche mit syphilitischen Ausschlägen nicht die mindeste Verwandtschaft haben. Lange und genaue Beobachtungen an Arbeitern der Quecksilberindustrie haben diese Tatsache unerschütterlich gemacht.

Weder die Licht- noch die Wasserbehandlung oder irgend ein anderes, von „Naturheilkundigen“ angepriesenes Verfahren vermag zu heilen. Jedes „Naturheilverfahren“, bei Ihrer Krankheit angewendet, verschleppt die Dauer der Ansteckungsfähigkeit und vermag den Verlauf Ihres Leidens sehr zu verschlimmern, z. B. durch Nachkrankheiten.

Mit der Behandlung zugleich ist eine Pflege Ihrer Zähne notwendig, daher empfehle ich Ihnen — — — — — — — — — —
— —

Digitized by Google

Sobald Sie vermehrten Speichelfluß oder Zahnbeschwerden an sich wahrnehmen, kommen Sie sofort her.

Während der Kur müssen Sie kräftig ernährt werden, besonders durch die leicht verdaulichen Fette, wie Butter, Milch etc. Rauchen ist während der Kur verboten.

Die vorstehenden Anweisungen halte ich für geeignet, das Vertrauen besonders der poliklinischen Kranken und Kassenmitglieder zum Arzte hervorzurufen und zu erhalten, und jeder Kollege wird mir zugeben: das zu erreichen ist — gerade bei den Geschlechtskranken, die wegen ihres „Geheimnisses" besonders leicht in die Schlingen der Kurpfuscher fallen — eine Hauptaufgabe unserer Kunst. Selbstverständlich ist hier nur ein kleiner Teil der Beratung des Kranken in der Sprechstunde des Arztes berücksichtigt worden. Es gehören hierher noch zahlreiche andere Fragen, über welche der Geschlechtskranke Orientierung verlangt; es ist für jeden Arzt, der Geschlechtskranke behandelt, dringend erforderlich, über die betreffenden Lehren eines Platen, Bilz, Canitz und vieler anderer Volksbeglücker unterrichtet zu sein, er wird dann die oft ihm merkwürdig und lächerlich erscheinende Auffassung der Laien begreifen und widerlegen können. Den Gebildeteren werden besonders Echtermeyers und Alexanders bekannte Broschüren einen Halt im Widerstreit der Meinungen verschaffen können.

Auf einen wichtigen Punkt muß hier aber noch hingewiesen werden: es ist die Pflicht des Arztes, die Geschlechtskranken in der Sprechstunde dringend vor Ausübung des Coitus in der Zeit der Ansteckungsfähigkeit zu warnen. Es dürfte sich empfehlen, wegen Körperverletzung durch Infektion beim Geschlechtsverkehr zur Bestrafung gekommene Fälle mit genauer Wiedergabe des Urteils in einer Broschüre zusammenzustellen und den Ärzten zur weiteren Verteilung zuzusenden. Zweckmäßig wird der Hinweis an die Kranken verbunden, daß es ein verderblicher, völlig unwahrer Aberglaube ist, man könne eine Krankheit verlieren, wenn dieselbe auf eine andere Person überginge.

Auf weitere Laienvorstellungen von der Rolle der Überreizung, von der angeblichen Klosetinfektion, von der Deutung des schmerzhaften Urinierens u. a. m. hier einzugehen, würde mich zu weit führen; sie zu kennen und nötigerweise zu berücksichtigen, ist von großer Bedeutung.

Digitized by Google

Wir kommen nunmehr zur letzten und zugleich hauptsächlichsten Aufgabe des Arztes, zur eigentlichen Behandlung und betrachten zunächst

a) das Heilverfahren und dessen einheitliche Anwendung,

b) die Art der ärztlichen Versorgung der Geschlechtskranken.

Wenn die Geschlechtskrankheiten — und das dürfte wohl nach den eingehenden Berichten von Kirchner, Neisser und Blaschko niemand bezweifeln können — tatsächlich den Charakter schwerer Volksseuchen angenommen haben, so ist die wichtigste Frage in deren Bekämpfung die: Ist die wissenschaftliche Medizin imstande, diese Krankheiten zu heilen und kann also hier wie bei den Blattern ein sozial-hygienisches Heilverfahren durchgeführt werden? Diese Frage muß schon nach dem heutigen Stande der wissenschaftlichen Medizin bejaht werden.

Zwar ist eine rein ätiologische Therapie gegen Tripper und Syphilis noch nicht gefunden; es ist aber auf Grund tausendfältiger Erfahrung und zahlreicher experimenteller und klinischer Beobachtungen das Problem der Beseitigung der Ansteckungsfähigkeit, und damit der sozial hygienischen Behandlung, seit Jahren gelöst. Die Geschlechtskrankheiten bieten der ärztlichen Kunst hinsichtlich der exakten Behandlung weit geringere Schwierigkeiten, als die Tuberkulose und nur hinsichtlich der Dauer größere Hindernisse als Diphtherie, Typhus und andere Infektionskrankheiten. Was also hindert die auf Einschränkung dieser Seuchen bedachte Regierung die ärztlich erprobten Methoden gegen die Geschlechtskrankheiten genau wie die Impfung gegen die Pocken allgemein durchzuführen?

Die Antwort lautet: Drei gewichtige Umstände, und zwar:

a) die Kurierfreiheit;

b) die Geheimhaltung dieser Leiden;

c) die mangelnde Einigkeit der Ärzte in der Anwendung der Behandlungsmethoden.

Ich habe bereits andern Ortes[1]) auseinandergesetzt, wie ein indirekter Zwang auf die Geschlechtskranken, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, vor allem durch ein teilweises Kurierverbot ermöglicht werden kann. An dieser Stelle ist nur der Punkt c zu besprechen.

In der medizinischen Wissenschaft ist der Streit um die beste Heilung der Syphilis bekanntlich schon längst in dem Sinne erledigt, daß Quecksilber und Jodkali spezifisch wirken und daß es andere

---

[1]) Ärztl. Sachverst.-Zeitung Nr. 2.

Digitized by Google

Heilverfahren gegen diese Krankheit nicht gibt. Trotzdem gibt es Ärzte — und ihre Zahl ist größer als die der ärztlichen „Impfgegner" —, welche angeblich aus „wissenschaftlicher Überzeugung" die Syphilis ausschließlich mit Wasser oder Licht oder mit homöopathischen Verordnungen behandeln. Nicht nur Dermatologen, auch zahlreiche andere Spezialisten und auch Ärzte für physikalisch-diätetische Therapie, haben sich öffentlich dahin ausgesprochen, daß dieses Verfahren als ein schwerer Kunstfehler und geradezu als gewissenlos zu bezeichnen ist. Es fragt sich, wie stellen sich die ordentlichen und und wie die Ehrengerichte zu derartigen Verfehlungen? Was die ersteren anbetrifft, so hängt bekanntlich die richterliche Beurteilung einer Körperverletzung von dem Gutachten der Sachverständigen ab. Die Juristen bemessen, wie alle andere Laien, die Behandlung nach deren Erfolg. In der chirurgischen und geburtshilflichen Praxis pflegen die Kunstfehler schwere Gefährdung des Lebens nach sich zu ziehen. Hier herrscht auch unter den Sachverständigen über gewisse Grundfragen der Therapie völlige Einigkeit. In der inneren Medizin, und gar bei einer Krankheit, welche sich im Anfangsstadium durch schmerzlose Hautausschläge präsentiert, und in welcher ob mit, ob ohne Behandlung scheinbares Nachlassen des Leidens auftreten pflegt, dürfte es dem Richter außerordentlich schwierig sein, das Vorliegen einer Körperverletzung anzuerkennen, wenn die richtige Behandlung unterlassen ist. Ferner ist zu bemerken, daß der Begriff des Kunstfehlers in den herrschenden Anschauungen öfters wechselt.

Bekanntlich ist vor kurzem in Berlin ein Kurpfuscher unbestraft geblieben, welcher eine syphilitische Kranke mit unschädlichen Mitteln behandelt und hierdurch mindestens eine Verschleppung der Syphilis bewirkt hatte. Nach diesem Präcedenzfall dürfte jeder Kurpfuscher ungestört Syphilitiker „behandeln", vorausgesetzt, daß er hierzu unschädliche Mittel verwendet. Wie aber, wenn derartiges einem Arzt einfallen würde. In diesem Falle sollte der Richter auf Grund der in der Geschichte der Medizin abgeschlossenen Diskussion über die Heilung der Syphilis, auf Grund der Anschauung wohl aller deutscher Universitätslehrer und der Ansicht der überwiegenden Majorität der Ärzte die Ausrede der besonderen wissenschaftlichen Überzeugung nicht mehr gelten lassen und die Körperverletzung seinerseits zugeben. Eine Enquete an sämtliche deutsche Ärzte über die Stellung zur Therapie der Syphilis ist schon als Grundlage für die richtige Beurteilung derartiger Prozesse dringend erforderlich,

Digitized by Google

mag nun hierzu die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Geschlechtskrankheiten oder der Deutsche Ärztevereinsbund die Initiative ergreifen.

Selbst wenn eine — vermutlich kleinere Zahl keine Antwort auf eine derartige Frage geben würde, so wäre doch das statistische Verhältnis der Bejahungen zu den Verneinungen von größtem Werte. Damit sind wir auf den Punkt gelangt, zu untersuchen, was die ärztlichen Organisationen in diesem Falle ausrichten können. Die Ehrengerichte sind bekanntlich das Forum für die Verletzungen gegen Standeswürde. Während in Sachsen mit ihnen zugleich eine Standesordnung eingeführt werden soll, wird in Preußen in jedem einzelnen Falle das Standesunwürdige entschieden. Ein Arzt, der die Einleitung der spezifischen Behandlung bei Lues unterlässt, versündigt sich gegen das Volkswohl, indem er der Ansteckungsfähigkeit eines solchen Kranken Vorschub leistet. Das gleiche Vergehen findet statt, wenn er in Zeitungen und Broschüren die Wasserbehandlung als das alleinige Heilverfahren gegen Lues ausspricht. Es wäre von prinzipieller Bedeutung, den Standpunkt des Ehrengerichts bezw. Ehrengerichtshofes in diesem Falle zu ermitteln; eine verurteilende Ansicht würde entschieden dahin führen, daß die Quecksilberfeindschaft sowie die Impfgegnerschaft nur in der Theorie, nicht aber in Praxis bestehen würde.

Was aber die Behandlung der Gonorrhoe anbetrifft, so unterliegt diese — gemäß ihrem relativ geringen Alter — noch weitgehenden Kontroversen. Ich will hier gar nicht auf die Verschiedenheit der örtlichen Therapie hinweisen, auf welchem Gebiete unter den Spezialisten noch nicht die erforderliche Einigkeit herrscht, sondern vielmehr nur zwei Fragen berühren:

I. Ist die ausschließliche innerliche und allgemeine Behandlung der Gonorrhoe zu deren Heilung ausreichend?

II. Wenn nicht, welche örtliche Methode ist für den praktischen Arzt die empfehlenswerteste?

Was die erste Frage betrifft, so möchte ich auf einen Fall hinweisen, über den Herr Prof. Kutner mir freundlichst Mitteilung gemacht hat. Es handelte sich um einen jungen Mann mit erstmaliger frischer Gonorrhoe, der von einem Berliner Spezialarzt ausschließlich mit vorgeschriebener Diät und Gonosan, welches bekanntlich als das vorzüglichste Antigonorrhoicum angepriesen wird, ohne jegliche Einspritzungen behandelt war. Nach dem Genuß von 960 Kapseln trat er mit unveränderter akuter Gonorrhoe in Behandlung des Herrn

Digitized by Google

Prof. Kutner, um erst dann nach regelrechter örtlicher Therapie von seinem Leiden befreit zu werden.

Ein anderer Kranker kam zu mir mit einer frischen Gonorrhoe, nachdem er sich selbst ausschließlich zwei Monate mit Santalkapseln behandelt hatte. Ferner erwähne ich einen Kranken, der ein halbes Jahr sich der Behandlung des Pflanzenheilkundigen W. in Lehnitz bei Berlin unterzogen hatte. Da hatte sich eine chronische Urethrit. anterior entwickelt und auch ein hypodermaler Gang der Harnröhre war gonorrhoisch entzündet worden.

Auch ausschließliche „Behandlungen" mit Wildunger Salz, mit homöopathischen Pillen aus Ol. Santali usw. konnte ich hin und wieder beobachten. Ich darf wohl mit Recht behaupten, daß eine derartige „Therapie" durch keinerlei klinische Erfahrung gestützt wird. Vielmehr sind die bekannten innerlichen Heilungen der akuten Gonorrhoe in englischen Militärlazaretten bei strengster Bettruhe und auch da nur in einem kleinem Bruchteile (5% zu stande gekommen. Die ausschließlich diätetisch-konservative Behandlung der nicht komplizierten akuten Gonorrhoe im Umhergehen sollte also nur den Kurpfuschern überlassen bleiben. Die Hauptaufgabe des Arztes in der Gonorrhoebehandlung ist vielmehr eine rationelle und genügende örtliche Therapie. Da nun bekanntlich die Schwere der Erkrankung außerordentlich wechselt, da es Fälle von erstmaliger Gonorrhoe gibt, die erfahrungsgemäß nach einigen Einspritzungen die Ansteckungsfähigkeit verlieren, während akute Gonorrhoen monatelang der mannigfachsten örtlichen Behandlung ausgesetzt werden müssen, so lässt sich kein so typisches allgemein giltiges Heilverfahren als für die Lues aufstellen. Das vorläufige unerfüllbare Ideal bleibt immer noch, nächst der bisher unbekannten ätiologischen Therapie der akuten Gonorrhoe, deren Abortivbehandlung. Obwohl diese bei vorsichtiger Anwendung schon nach wenigen Tagen Schwinden des Ausflusses und Aufhellung der Trübung der I. Portion bewirken kann, so bleibt ihre Indikation und Technik dem Spezialisten überlassen und diesem auch nur für leichte und mittelschwere Fälle. Auch vermag ja das Abortivverfahren nicht vor abermaliger und schwererer Tripperinfektion zu schützen. Deshalb werden einstweilen für die akute Gonorrhoe die bewährten Einspritzungen noch lange in allgemeinem Gebrauche bleiben.

Nur dürfte es sich empfehlen, nicht einseitig die Gonococcen tötenden bezw. hemmenden Silber-, Wismut- und andere Präparate anzuwenden, sondern — gemäß dem klinischen Ablaufe der akuten Gonorrhoe — eine bestimmte Disposition inne zu halten. Ich kann auf Grund

reichlicher Erfahrung in dieser Beziehung die Lehren Kutners nur bestätigen. Viele Medikamente gibt es und lassen sich noch finden, welche entschieden den Ausfluß bei akuter Gonorrhoe beseitigen, aber eine Injektionsbehandlung muß kettenartig in die nächstfolgende eingreifen, sollen nicht nur die Gonococcen abgetötet bezw. in der Entwicklung gehemmt, sondern auch die Harnröhrenschleimhaut jeweilig umgestimmt werden.

Auch die Behandlung der Residuen der akuten sowie die Therapie der chronischen Gonorrhoe kann in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vom prakt. Arzt durchgeführt werden, und zwar kommt hier fast allein die Druckspülung, die zuerst für diagnostische Zwecke angegeben, von Kutner in die Therapie eingeführt wurde, in Betracht. Ihre Handhabung ist für jeden Arzt spielend leicht; nur die vorangehende Desinfektion, welche selbstverständlich sehr gründlich sein muß, macht — wenn man so sagen darf — Umstände. Sterilisationsapparat, Mikroskop und Handdruckspritze gehören für den praktischen Arzt zum notwendigen Instrumentarium für die Gonorrhoebehandlung. Wie wenig die mechanischen Methoden mit der Druckspülung konkurrieren können, und welche Gefahren ihre Anwendung mit sich bringt, hat Schwenk[1]) ausführlich dargelegt.

Um noch einmal es kurz zu präzisieren: die Geschlechtskrankheiten sind leicht und bequem durch jeden allgemein praktizierenden Arzt zu behandeln; nur in einem kleinen Prozentsatze ist die Zuziehung eines Dermatologen oder Urologen angezeigt. Es ist Aufgabe des Unterrichts, den Mediziner nicht nur in die Diagnostik und Therapie einzuführen, sondern ihm schon auf der Universität die Möglichkeit zu bieten, sich die Einzelheiten der Behandlung anzueignen. Dementsprechend ist im Staatsexamen in beiden Beziehungen der Nachweis ausreichender Kenntnisse und Fertigkeiten zu erbringen. Bei der ungeheuren Verbreitung der Geschlechtskrankheiten kommt jeder Arzt, und insbesondere jeder junge Arzt, in die Lage, Geschlechtskranke zu behandeln. Besitzt er genügende, leicht zu erwerbende Kenntnisse hierin, so vermag er zu seinem Teil an der Ausrottung dieser Volksseuchen beizutragen. Besondere Spezialärzte für Geschlechtskrankheiten sind überflüssig. Es

[1]) Klinisches Jahrbuch Bd. XI.

müssen Maßnahmen getroffen werden, daß Ärzten in der Behandlung dieser Krankheiten die Anwendung eines Verfahrens verboten wird, welches geeignet ist, die Ansteckungsfähigkeit zu konservieren, statt zu beseitigen.

Sind die Ärzte ausreichend vorgebildet, so ist eine weitere Aufgabe aller der Kreise, welchen die Pflege der Volksgesundheit obliegt, das beste System der ärztlichen Versorgung der Geschlechtskranken ausfindig zu machen und durchzuführen. Auf drei Gebiete erstreckt sich die Krankenbehandlung, auf Privat-, Kassen- und Armenpraxis. In der Privatpraxis stehen sich auf unserem Gebiete Licht und Schatten schroff entgegen. Hier bieten sich dem Geschlechtskranken einerseits die freie Wahl tüchtiger Spezialisten, auf der anderen Seite aber suchen ihn durch Zeitungsankündigungen, durch Naturheilvereine und viele andere Vermittler, zahlreiche Kurpfuscher auszubeuten und zu schädigen; „gute Freunde" geben hier öfters kostenlosen Rat, wie nach ihrer Erfahrung die beste Behandlung geschieht.

Dagegen ist der Geschlechtskranke machtlos; aber Aufgabe der Regierungen ist es, allen Nichtärzten Raterteilung und Behandlung der Geschlechtskranken streng zu untersagen.

In der Kassenpraxis steht — nach dem Geiste einer großartigen sozialen Gesetzgebung — die ärztliche Behandlung der Geschlechtskranken leicht zur Verfügung; hier könnte die Erreichbarkeit des Arztes als vorzügliches Abwehrmittel gegen die aufdringliche Kurpfuscherei wirken, aber unverständige Arbeitgeber sowohl, als ungenügend unterrichtete Kassenvorstände erschweren in Wirklichkeit dem Kassenpatienten den Zugang zum Arzt.

Die weitaus größte Zahl der Geschlechtskranken ist und bleibt bei ihrem Leiden erwerbs- und arbeitsfähig. Daher sind alle Bestrebungen, besondere Krankenhäuser, Heilstätten und Arbeitssanatorien für sie zu errichten, schon aus diesem Grunde prinzipiell zu verwerfen. Derartige Maßnahmen sind nur geeignet, ohne Zweck Geldsummen zu verschlingen, die in anderer Weise für die soziale Hygiene angelegt werden könnten. Es sollten Ärzte und Universitätsprofessoren auf diesem Gebiete schon deshalb in der Heilstättensucht sich Beschränkung auferlegen, um nicht ihrerseits die verderblichen Absichten der Sozialdemokratie, die Familienbehandlung immer mehr durch Krankenhausbehandlung zu ersetzen, zu fördern.

Die ambulante Behandlung ist für das Gros der Geschlechts-

Digitized by Google

kranken in der Kassen- und Armenpraxis in nicht geringerem Grade erforderlich, als in der Privatpraxis, und alle Übelstände, welche sie erschweren bezw. unmöglich machen, sind zu beseitigen. Hier steht obenan die monopolisierte und fixierte Anstellung der Kassenärzte. Namentlich in den Großstädten entwickelt sie verderbliche Nebenwirkungen, insofern der Geschlechtskranke auf einen bestimmten, oft von der Arbeitsstätte weit entfernt wohnenden Kassenarzt angewiesen ist und weil bei der Anhäufung der Kranken bei einem Arzt die erforderliche Gründlichkeit in der Behandlung leidet. Dieses sowie die auch den Kassenpatienten bekannte Tatsache von der geringfügigen Bezahlung der kassenärztlichen Leistungen hat zwei Erscheinungen gezeitigt: 1. das Aufsuchen von Privat- oder Spezialärzten auf eigene Rechnung des Kassenpatienten; 2. die Füllung der Polikliniken mit Geschlechtskranken. Beides liegt nicht im Sinne der Krankenversicherung, und wenn in einer Berliner Poliklinik an Sonntagvormittagen 300 Geschlechtskranke erscheinen, so kann die Behandlung des Einzelnen unmöglich so gründlich und gewissenhaft sein, als es für den Kranken erforderlich ist.

Noch weit schlimmer würde es hier sein, wenn das famose Leipziger Distriktsarztsystem und die „Beratungsanstalten" von den Kassenvorständen allgemein eingeführt würden. Die freie Arztwahl sollten die Kassenvorstände ihren Kranken geben, wenn sie wirklich, nicht nur mit schönen Worten, ihren Geschlechtskranken helfen wollen. Alle Ärzte, welche geschlechtskranke Kassenmitglieder zu behandeln sich bereit erklären, sollten hierfür zugelassen werden. Erst dann wird der geschlechtskranke Kassenpatient getrost seiner Beschäftigung nachgehen und von der Arbeitsstätte aus den ihm nächstwohnenden Arzt aufsuchen dürfen. Erst dann wird er für jahrelange Beratung und gründliche Behandlung seinen Hausarzt, den Arzt seines Vertrauens haben. Dabei nehme ich an, daß diese Konsultation am besten während der Mittagspause stattfinden kann. Zu diesem Zwecke wäre das Einfügen einer Bestimmung im Reichskrankenversicherungsgesetz sehr erwünscht, daß der Arbeitgeber in der Mittagspause für notwendige ambulante ärztliche Behandlung ohne Lohnabzug Urlaub bewilligen solle.

Weit trostloser mit der ärztlichen Versorgung der Geschlechtskranken steht es in der Armenpraxis. Sieht man von der Therapie hereditär syphilitischer Waisen oder ebensolcher Kinder von Stadtarmen ab, welche in Berlin wenigstens durch die Polikliniken be-

handelt zu werden pflegen, so haben: 1., neu zuziehende Arme und 2., arbeitslose Geschlechtskranke bisher keinerlei Rechte auf ärztliche Behandlung. Ich brauche nicht weiter auszuführen, daß es nicht nur inhuman von den städtischen Verwaltungen, sondern auch in höchstem Grade bedenklich ist, derartige Infektionsquellen zu ignorieren. Es ist auch für solche Personen kein besonderes Krankenhaus erforderlich, es muß vielmehr durch besondere Vermittelung der Stadt auch für die gründliche Behandlung dieser Kategorie Sorge getragen werden. Auch in der Armenpraxis ist aus diesem und manchem anderen Grunde die freie Arztwahl in der Armenpraxis dringend erforderlich. Die Anstellung fixierter Armenärzte bedeutet für die Großstädte nur eine unzulängliche Abfindung in den Pflichten der sozialen Hygiene gegenüber. Von anderer Seite ist bereits betont worden, wie wertvoll die freie Arztwahl zur Behandlung derjenigen Prostituierten ist, welche einer Isolierung in besonderen Krankenhäusern nicht mehr bedürfen.

Man sieht, die Ärzte haben im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten die mannigfachsten Aufgaben zu erfüllen. Videant consules! Die Behörden mögen es einsehen und sorgen, die Hüter der Volksgesundheit nicht nur gut auszubilden, sondern auch richtig zu verteilen!

Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechts-Verkehr raten?

Von Dr. **Max Marcuse** (Berlin), Spezialarzt für Dermatologie.

(Fortsetzung und Schluß.)

Die hygienische Bedeutung der geschlechtlichen Enthaltsamkeit ist schon lange Gegenstand medizinischer Spezialforschungen, deren Resultate aber sehr verschiedene, sogar einander widersprechende sind. Die Schwierigkeit des Problems leuchtet ein. Soweit es sich um eine Beurteilung der völligen und gänzlichen Abstinenz handelt, d. h. der Enthaltung von jeder Art geschlechtlicher Betätigung während des ganzen Lebens, so mussten sich wohl bisher noch alle Autoren auf ihre theoretischen Überlegungen und Schlüsse verlassen. Denn daß es in Wirklichkeit eine totale und lebenslängliche Abstinenz gibt, darf m. E. mit Bestimmtheit geleugnet werden, und wir müssen, glaube ich, O. Berger[1]) zustimmen, wenn er meint, daß jeder Erwachsene

ohne Ausnahme in seinem Leben einmal Onanist gewesen ist; einen gleichwertigen Standpunkt vertritt H. Rohleder[2]) der die „Bezeichnung „Abstinentia sexualis" schon eo ipso für eine Contradictio in adjecto" hält, weil es vollkommene sexuelle Abstinenz nur bei Anaphrodisie gibt und man dann eben nicht von Enthaltsamkeit reden könne, da kein Trieb vorhanden ist. Zur Beobachtung kann also immer nur eine teilweise oder temporäre Abstinenz kommen. Aber auch deren etwaige schädlichen Folgen sind nicht leicht zu beurteilen. Denn sobald das betr. Individuum solche zu spüren vermeint, wird es, wenn es nicht schwer wiegende Gründe daran hindern, in der Regel von selbst, wenigstens der Mann, die Enthaltsamkeit aufgeben. Von den normal organisierten Männern übt ausserdem die große Mehrzahl nicht einmal eine unvollkommene Abstinenz. Kurz, die Fälle von geschlechtlicher Enthaltsamkeit — worunter ich also fortan die praktisch allein in Betracht kommende relative Abstinenz verstehe — sind überhaupt nur spärlich an Zahl und betreffen meist das weibliche Geschlecht, dessen Sexualtrieb nachgewiesenermassen im Durchschnitt nicht stark ist und bei dem überdies der Erforschung der einschlägigen Verhältnisse sehr häufig unüberwindliche Hindernisse entgegenstehen. Daß die Entscheidung über die Schädlichkeit der sexuellen Abstinenz so schwierig ist, hat noch einen anderen Grund darin, dass, wo solche Abstinenz geübt wird, oftmals in der geistigen, sittlichen oder materiellen Lebenshaltung des betr. Individuums Faktoren eine Rolle spielen, die ihrerseits ebenfalls schon geeignet sind, Schädigungen hervorzurufen, ohne dass man sie als die eigentliche Ursache auszuschliessen vermag. Und schliesslich ist noch zu berücksichtigen, daß es häufig unmöglich ist, festzustellen, ob die Abstinenz wirklich Ursache oder nicht vielmehr Folge der etwa gleichzeitig vorhandenen Gesundheitsstörungen ist. Trotz alledem sind doch von den verschiedensten zuverlässigsten Beobachtern Befunde erhoben worden, die m. E. zahlreich und überzeugend genug sind, um zu beweisen, daß die sexuelle Enthaltsamkeit eine beachtenswerte Rolle in der Aetiologie, die physiologische Betätigung des Geschlechtstriebes eine solche in der Therapie der Krankheiten spielt.

In der Literatur über die Wirkungen der Enthaltsamkeit zeigt sich dasselbe Bild, wie in der über den Einfluß der Onanie. Die Mehrzahl der älteren Autoren setzen alle möglichen Krankheiten auf deren Konto und halten sie für höchst gefährlich, während die meisten Ärzte aus jüngerer Zeit von irgend welchen ernsten Folgen überhaupt

nichts wissen wollen. Schon Hippokrates*) führte Rückenmarksleiden und andere schwere Erkrankungen auf die Abstinenz zurück. In unserer Zeit war es Lallemand[3]), der sich zuerst mit der Frage beschäftigte und sie dahin entschied, daß Abstinenz selbst für diejenigen schädlich sei, die sie mit Leichtigkeit ertragen. Spermatorrhoe und Impotenz sind nach seiner Meinung die regelmäßige Folge der Enthaltsamkeit, die bei sexuell kräftig veranlagten Individuen geradezu bis zum Wahnsinn führen könne. Solche oder doch ähnliche Ansichten waren die herrschenden, bis vor etlichen Jahren die medizinische Fakultät der Universität Christiania ein Gutachten dahin abgab, daß die Enthaltsamkeit noch niemandem geschadet habe. Forel[4]), Hegar[5]), Eulenburg[6]), Rubner[7]) u. a. äußerten sich in gleichem Sinne. Nervenärzte und Syphilido-Urologen schlossen sich, einer nach dem andern, dieser Auffassung an. Hervorragende englische Mediziner, wie Paget[8]) und Gower[9]) und der schwedische Arzt Seved Ribbing[10]) vertraten diesen Standpunkt. Mit derselben Sicherheit, mit der früher die ungeheure Gefährlichkeit der Abstinenz behauptet wurde, wurde jetzt deren völlige Unschädlichkeit verkündet. Sie galt als Dogma. Da endlich sprach der Heidelberger Kliniker Erb[11]) das befreiende Wort. Bei aller Kritik der Beobachtung und Zurückhaltung im Urteil, hielt er sich doch zu folgenden Ausführungen für berechtigt: „Es erscheint mir kaum zweifelhaft, daß auch gesunde Männer mit regem Geschlechtstrieb durch die Enthaltsamkeit geschädigt, daß sie jedenfalls sehr belästigt und in ihrer psychischen Leistungsfähigkeit entschieden beschränkt werden; wie häufig daraus wirklich Krankheit entstehen mag, entzieht sich meiner Beurteilung. Zweifellos gilt das in höherem Grade für neuropathisch belastete Individuen, deren Zahl außerordentlich groß ist; dieselben leiden durch die unbefriedigten Anforderungen des Geschlechtstriebes, durch Pollutionen, Zwangsonanie, Störung der Nachtruhe und der Arbeitsfähigkeit, auch durch die Entwicklung der verschiedenen Formen »sexueller Neurasthenie« in hohem Maße.“ „Bei Weibern wage ich kein bestimmtes Urteil über die wirkliche Häufigkeit dieser üblen Folgen, weil der Erforschung hier viel größere Schwierigkeiten entgegenstehen; immerhin mögen Schädigungen bei reinen und keuschen Jungfrauen relativ selten zutage treten, weil sie einen an und für sich geringeren, noch schlummernden Geschlechts-

*) cit. bei Rohleder a. a. O.

Digitized by

trieb haben; sicherer wohl bei Verheirateten, deren Libido durch den Geschlechtsgenuß geweckt ist, welche die Lustgefühle desselben kennen gelernt haben und deren Natur dann auch gebieterisch die Vorgänge des sexuellen Verkehrs verlangt." „Daß die Enthaltsamkeit »absolut unschädlich« sei, wie die Moralisten und auch manche Ärzte so gern glauben machen möchten, scheint mir schon jetzt unannehmbar." Durch Erbs Eingreifen in die Debatte auf dem Frankfurter Kongress der D. G. z. B. d. G. ist die Frage nach der gesundheitlichen Bedeutung der sexuellen Abstinenz in den Vordergrund des Interesses gerückt worden, und Berufene und Unberufene haben zu ihr Stellung genommen. Fehlt es auch heute noch keineswegs an Ärzten, die zur Freude mancher Frauenrechtlerinnen und der Sittlichkeitsvereinler die absolute Unschädlichkeit der Abstinenz erklären, so mehren sich doch stetig die Stimmen derer, die gegen diese Anschauung energisch opponieren. So bestätigt z. B. M. Jastrowitz[12]) die Ansicht von Erb mit folgenden Worten: „Nach meiner Erfahrung können sowohl in der Jugend als in der mannbaren Periode durch erzwungene Enthaltsamkeit leichtere und schwerere Verstimmungszustände entstehen, die bei Veranlagung Lebensüberdruß zeitigen können. Berüchtigt war in früheren Zeiten die sogen. Premierleutnants- und Assessorenmelancholie und -Hypochondrie, welche die in kleineren Orten domizilierten Personen dieser Kategorien befiel und erst endigte, wenn in reiferen Jahren, oft in überreifen, die gebesserte materielle Lage die Gründung eines Hausstandes und eine reguläre Befriedigung des Naturtriebes gestattete." Nach Jastrowitz' Ansicht führt die Abstinenz zu einer Art „Autointoxikation", wie solche auch bei Zurückhaltung anderer Sekrete und Exkrete, wie des Darminhalts und des Urins, auftritt. — Tatsache ist m. E., daß die gesundheitsschädlichen Folgen der Enthaltsamkeit in früheren Zeiten sowohl hinsichtlich ihrer Häufigkeit wie ihrer Gefährlichkeit vielfach überschätzt wurden, daß sie aber doch nicht ganz selten in Form leichterer Störungen des Wohlbefindens in allmählichem Übergang bis zu schweren Erkrankungen des Nervensystems wirklich vorkommen. Die Literatur enthält zahlreiche sehr exakte und, wie mir scheint, überzeugende Mitteilungen, die ich als Beweis für die Richtigkeit meiner Auffassung ansprechen zu dürfen glaube.

Die meisten Autoren reden aber immer nur von den schädlichen Folgen der „erzwungenen" Abstinenz, indem sie entweder als selbstverständlich voraussetzen oder die Erfahrung gemacht haben

Digitized by Google

wollen, daß die „freiwillig“ geübte Enthaltsamkeit nicht nachteilig wirke. Diese Unterscheidung läßt sich angesichts der tatsächlichen Verhältnisse, meine ich, kaum ohne Einschränkung aufrecht erhalten, insofern es eine wirklich freiwillige, längere Zeit dauernde Abstinenz unter sexuell normal entwickelten, erwachsenen Menschen m. E. wohl nicht gibt. Entweder werden die Enthaltsamen durch religiöse Motive, wie die katholischen Geistlichen, oder durch die Furcht (vor Ansteckung resp. Empfängnis und gesellschaftlicher Ächtung) oder durch ihre sittliche Überzeugung oder durch Ekel vor der Prostituierten oder durch pekuniäre Rücksichten oder schließlich durch den Mangel an Gelegenheit (auf See, in Instituten, in Gefängnissen etc.) zu ihrer Abstinenz „gezwungen“. Eine wirkliche und wahre „freiwillige“ Enthaltsamkeit findet man — ebenso wie eine „absolute“ — nur bei Leuten, die, entweder von Hause aus oder infolge der Gewöhnung durch eine anfangs erzwungene Abstinenz, mit abnorm geringem geschlechtlichen Vermögen ausgestattet sind. Und daß diesen sexuelle Abstinenz nicht wesentlich schaden wird, leuchtet ohne weiteres ein; bei diesen kann man aber, wie ich das bei Erörterung der absoluten Enthaltsamkeit nach Rohleder schon erwähnte, von einer Abstinenz im eigentlichen Sinne nicht gut sprechen.

Eine weitere Differenz machen die Autoren, je nachdem sie sich über den schädlichen Einfluß der Abstinenz auf das weibliche oder auf das männliche Geschlecht äußern. Die Auffassung, daß im Durchschnitt der Mann ein viel stärkeres Bedürfnis nach geschlechtlichem Umgang hat als das Weib, ist eine fast allgemeine — abgesehen von zahlreichen Frauenrechtlerinnen, welche behaupten, daß der Geschlechtstrieb des Weibes von dem des Mannes sich in nichts — sei es qualitativ, sei es quantitativ — unterscheide. Aber so zweifellos es ist, daß das normal organisierte Weib, wenn es den Geschlechtsverkehr erst kennen gelernt hat, seine sexuellen Bedürfnisse empfindet, die ihre Befriedigung verlangen, so lehrt doch die fast übereinstimmende Erfahrung der Physiologen, der Gynäkologen und der Nervenärzte, 1. daß die normal veranlagte Jungfrau, die von sexuellen Reizen noch unberührt ist, eine eigentliche Libido kaum kennt und 2. dass es unter den Frauen sehr viel mehr Naturae frigidae gibt, als unter den Männern. Diese beiden Tatsachen lassen es als selbstverständlich erscheinen, daß die Autoren stets mehr von dem schädlichen Einfluß der Abstinenz auf den Mann, als von dem auf das Weib zu berichten wissen.

Drittens unterscheiden sie zwischen den Folgen der Enthaltsamkeit für gesunde und normal veranlagte Leute und ihrem Einfluß auf neuropathisch belastete und abnorm sinnliche Menschen und schliesslich ihrer Einwirkung auf bereits kränkliche und kranke Individuen. Es bedarf keiner weiteren Erörterung, daß ein schädigendes Agens an einem kräftigen Organismus unter Umständen spurlos vorübergehen kann, während es auf einen wenig widerstandsfähigen ausserordentlich nachteilig einzuwirken und einen schon kranken arg zu gefährden vermag. Diese selbe Erscheinung nehmen wir an dem schädigenden Agens „Abstinentia sexualis" wahr.

Ich will nun von einigen ärztlichen Autoren aus jüngerer und jüngster Zeit berichten, die — ohne so weit zu gehen wie die alten Mediziner, von denen ich Lallemand bereits zitierte und Curtis[13]) an dieser Stelle wenigstens noch nennen möchte — diejenigen Lügen strafen, welche die absolute Unschädlichkeit der sexuellen Abstinenz verkünden. Erbs und Jastrowitz' Ansichten sind schon von mir mitgeteilt worden. Einen ähnlichen Standpunkt vertritt Rohleder mit folgenden Ausführungen: „Das Unbehagen durch die Unterdrückung des Coitus zeigt sich in einer steigenden Erregbarkeit des Nervensystems, des Gemütslebens, welche Wolff nicht unpassend vergleicht mit der elektrischen Spannung in der Luft vor Ausbruch des Gewitters. Derartige körperliche Empfindungen vermögen wenigstens psychisch deprimierend auf das Vorstellungsvermögen, die Vernunft und das ganze Gemütsleben zu wirken, begünstigen resp. schaffen den Zustand der Hysterie." Grade die Hysterie und die ihr verwandten Neurosen, speziell Angstzustände, sind mehrfach als Folgen der Abstinenz beobachtet worden. Schon Beard[14]) hatte langdauernde Enthaltsamkeit als eine Ursache der krankhaften Furcht erkannt. In unserer Zeit hat dann Freud[15]) der sexuellen Abstinenz, namentlich bei starker Libido, Schuld an den Angstzuständen neurasthenischer und hysterischer Natur gegeben. Zu einem ähnlichen Resultat ist v. Tschisch[16]) gelangt. Besonders eingehend mit der Aetiologie gerade der „Angstneurose" hat sich F. Gattel[17]) beschäftigt, der seine Studien an 100 Patienten machte, die wegen irgend einer nicht organischen Nervenkrankheit in dem Ambulatorium von Prof. v. Krafft-Ebing in Wien waren. Unter den Angstneurotikern konnte Gattel hinsichtlich der Aetiologie ihrer Erkrankung 4 Gruppen unterscheiden: solche, die den Coitus interruptus übten; solche, die eine häufige frustrane Erregung hatten; solche, bei

denen die Angst infolge von Impotenz auftrat und schließlich solche, die vollkommen abstinent lebten. In diese letzte Abteilung gehören sechs männliche und sechs weibliche Patienten. Bei keinem der Patienten hat die Krankheit vor der Zeit bestanden, ehe sie sich des Geschlechtsverkehrs enthielten. Der Zeitraum, in welchem die Patienten abstinent gelebt haben und sich wohl befanden, bis ihre ersten Krankheitserscheinungen auftraten, schwankt von 6 Wochen bis zu 2 Jahren. Besonders lehrreich scheint mir der Fall, über den Gattel folgendermaßen berichtet: „Ein recht intelligenter Beamter hatte die Ansicht, daß vom 5. Monat der Gravidität an seiner Frau und dem zu erwartenden Kinde der Verkehr schaden könne. Es war infolgedessen ganz genau zu erkennen, wie vor und nach der Geburt eines jeden Kindes bei dem Vater infolge der periodischen Abstinenz periodische Angstanfälle auftraten. Im März 1893 bekam seine Frau das 1. Kind, im Winter desselben Jahres hatten seine Angstanfälle bereits begonnen; im September 1895 das 2. Kind, im Herbst hatte er wieder seine Angstanfälle; und schließlich im Juli 1897 das 3. Kind mit Angstanfällen beim Vater den ganzen Sommer hindurch. Es ist hieraus ersichtlich, daß, da der betr. Patient seine Frau 4 Monate vor Geburt des Kindes schonte, er ungefähr 1 Monat vor der Geburt des Kindes erkrankte und erkrankt blieb, bis er nach der Genesung seiner Frau wieder mit ihr zusammensein konnte." Das Ergebnis seiner Untersuchungen faßt Gattel dahin zusammen, „daß reine Neurasthenie nur infolge von Masturbation entstehen kann" (es ist zu beachten, daß Onanie ihrerseits ja oft die Folge einer Enthaltung vom Coitus ist!) „daß Angstneurose überall da auftritt, wo eine Retention der Libido stattfindet." Auch L. Löwenfeld[18]) muß zugeben, daß unter den mit Angstzuständen Behafteten Abstinenten in erheblicher Zahl vertreten sind. „Selbstverständlich darf man", so führt Löwenfeld aus, „aus dem Zusammentreffen von sexueller Abstinenz mit Angstzuständen nicht ohne weiteres auf einen ursächlichen Zusammenhang schließen. Eine skrupulöse Prüfung meiner Beobachtungen läßt jedoch keinen Zweifel, daß der Abstinenz eine aetiologische Rolle den Angstzuständen gegenüber und zwar bei beiden Geschlechtern tatsächlich zufällt," „Der in Fage stehende aetiologische Einfluß der sexuellen Abstinenz äußert sich nicht nur in den Fällen, in welchen vor dem Verzicht auf geschlechtliche Genüsse kürzere oder längere Zeit sexueller Verkehr gepflogen oder Masturbation in mäßiger Weise

Digitized by Google

geübt wurde, sondern auch bei völligem und andauerndem Verzichte auf geschlechtlichen Verkehr, sowohl als auf Befriedigung durch Masturbation.“ Außer diesen neurasthenischen und hysterischen Angstzuständen sind noch andersartige, z. T. sehr schwere Erkrankungen als Folgen sexueller Abstinenz beobachtet worden. Krafft-Ebing[19]), welcher einen schädlichen Einfluß der Enthaltsamkeit auf Gesunde leugnet, hat zuerst darauf hingewiesen, daß bei Belasteten mit gesteigertem Geschlechtstrieb erzwungene Abstinenz ernste Gefahren bezüglich der Entstehung von Nerven- und Geisteskrankheiten herbeiführen und durchaus antihygienisch sein kann. Schwere Neurosen, Satyriasis, bei Frauen Nymphomanie, selbst Psychosen können daraus entstehen. Ähnlich meint Heller[20]): „Wenn auch eine Anzahl Menschen den Geschlechtsverkehr ohne wesentliche Gesundheitsschädigungen entbehren kann, so ist doch für sehr viele (männliche) Individuen die geschlechtliche Enthaltsamkeit eine direkte Gefahr; sie führt nicht nur zur Onanie, sondern wird bei erblich belasteten Menschen Ursache des Ausbruchs von Geisteskrankheiten. Für die Frauen ist die Gefahr zwar geringer, aber doch auch vorhanden.“ Spermatorrhoe als Folge sexueller Abstinenz ist von Gyurkowechky[21]), von Löwenfeld u. a. — vor mehreren Jahrzehnten übrigens auch schon von Curschmann[22]) — beobachtet worden. Hammond[23]) spricht von Fällen, in welchen die Abstinenz im Laufe der Zeit zur Impotenz führt und findet eine Bestätigung seiner Erfahrung durch die allerdings nur vereinzelten Beobachtungen von Schrenk-Notzing[24]) und von Löwenfeld. Schrenk-Notzing erkennt auch für geschlechtliche Perversitäten bisweilen die Abstinenz als Ursache an. Daß insbesondere die Masturbation durch längere Enthaltung vom Coitus hervorgerufen werden kann, wird unter vielen anderen auch durch die Beobachtungen von Erb außer Zweifel gesetzt. Aber auch für homosexuelle Triebe muß die Abstinenz gelegentlich als Ursache angesehen werden — wenn auch nur vielleicht insofern, als die Urninge durch regelmäßige Ausübung des normalen Beischlafs unter Umständen von ihren Perversitäten sich hätten befreien können. Das bestätigen z. B. Tarnowsky[25]) und — mit gewisser Einschränkung — auch Moll[26]). Selbst Siebert[27]), der eine ernstliche Gefährdung der Gesundheit durch die Abstinenz bestreitet, sieht sich an anderer Stelle doch zu folgendem Bekenntnis genötigt: „Die Enthaltsamkeit“ — so sagt er — „ist sicher nicht die einzige Ursache, die die Verbreitung der Onanie und der sexuellen Perver-

Digitized by Google

sionen bedingt, aber daß sie eine gewaltig unterstützende Wirkung ausübt, einen Boden darstellt, auf dem, wenn noch ein anderer Anstoß dazu kommt, leicht derartige Verirrungen wachsen, das ist wohl nicht zu leugnen." — Sehr ausführlich äußert sich der schwedische Arzt Nyström[28]) über die medizinische und hygienische Bedeutung der Abstinenz. An der Hand zahlreicher Krankengeschichten, die er teils aus der Literatur gesammelt, zum größeren Teile aber seiner eigenen Praxis entnommen hat, berichtet er über Fälle, „in denen Enthaltsamkeit Leiden und Krankheiten des Körpers und der Seele hervorgerufen hat und wo der Beischlaf die Gesundheit wieder hergestellt hat." Eine besonders beachtenswerte Folge allzulanger Zurückhaltung des Samens ist nach seiner Ansicht auch die Erotomanie, ein Zustand von erotischem Delirium, der oft wirkliche Geisteskrankheit wird und die sanftmütigsten Männer zu verbrecherischen Handlungen treibt.*) Nyström betont namentlich, daß beim Weibe die Enthaltsamkeit oft dieselben Folgen habe wie beim Manne, wenn auch auf Grund der verschiedenartigen Organisation gewisse Unterschiede bestehen. — Die Erscheinungen der „alten Jungfernschaft" sind ja so bekannt, daß ich an dieser Stelle nur an sie zu erinnern brauche.*) Auf ganz speziellem Gebiete liegt die Erfahrung von Stoffella[29]), daß die habituelle Stuhlverstopfung beim weiblichen Geschlecht in manchen Fällen auf unbefriedigtem Geschlechtstrieb beruht. Damit erklärt er auch die Tatsache, „daß es sehr häufig der Fall ist, daß, wenn blasse, in der Ernährung zurückstehende Mädchen heiraten, wenige Wochen nach der Verheiratung bereits hinreichen, um dieselben in blühende, von Gesundheit strotzende üppige Frauen umzuwandeln, während vordem die verschiedensten angewandten Kurmethoden nichts gegen das üble Aussehen und die Magerkeit vermochten. Es ist in solchen Fällen infolge unterdrückten Geschlechtstriebes ein Reizzustand des Uterus und dadurch, daß dieser auf die Darmnerven übergriff, ein tonischer Krampf in den Darmgefäßen ent-

*) In seinem, inzwischen in der „Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene", Bd. 1, Heft 5 erschienenen, kurzen Aufsatz über „Geschlechtliche Enthaltsamkeit und Gesundheitsstörung" macht Wilhelm Hammer auf die befremdlich hohe Zahl der Sittlichkeitsverbrechen von Seiten der geistlichen Lehrer Frankreichs gegenüber den weltlichen aufmerksam. — An anderer Stelle erinnert der Verf. daran, daß H. Ploß einen Typus der alten Jungfer anthropologisch gut abgrenzen konnte, und als wirksames, kaum je versagendes Mittel gegen die betr. körperlichen und seelischen Symptome regelmäßigen geschlechtlichen Verkehr empfiehlt.

Digitized by Google

standen, welcher dadurch, daß der Stimulaus coeundi nunmehr seine Befriedigung gefunden hat, zum Schwinden gebracht wurde, infolgedessen die Resorption der im Darmrohre befindlichen Ernährungssubstanzen durch die Capillaren und kleinen Venen jetzt weit reichlicher vor sich geht und damit die Blutfüllung eine ungleich richtigere geworden ist." — Eine andere Krankheit, welche sehr erfahrene und urteilsfähige Ärzte auf Abstinentia sexualis zurückführen, ist die Prostatahypertrophie; einen literarischen Beleg für diese durch mündliche Mitteilungen mir bekannt gewordene Ansicht habe ich allerdings nicht gefunden.

Es ist nicht meine Absicht, alle diejenigen Beschwerden und Erkrankungen aufzuzählen, welche gelegentlich von diesem oder jenem Autor als Folgen geschlechtlicher Enthaltsamkeit aufgefaßt wurden. Es genügt mir, diese kleine Auslese aus der einschlägigen Literatur gegeben zu haben.*) Ich betone noch einmal ausdrücklich, daß alle die großen und kleinen Leiden, welche von den einen als Wirkungen der Abstinenz angesprochen werden, von anderen — vielleicht ebenso gründlichen Beobachtern — als solche geleugnet werden. Mir aber scheint ein positiver Befund, von einem erfahrenen, sorgfältigen und kritischen Arzt erhoben, in diesem Falle beweiskräftiger als zehn negative. Auch sind ja, wie wir gesehen haben, die positiven Befunde keineswegs spärlich, und negative Untersuchungsresultate können bei der großen Seltenheit des für die vorliegende Frage überhaupt zu verwertenden Materials leicht auf irgend welchen Zufälligkeiten beruhen. Außerdem glaube ich, Ernst Gystrow[30]) beistimmen zu müssen, wenn er meint, daß viele Ärzte mit der Verkündigung der Lehre von der absoluten Unschädlichkeit der Abstinenz wieder gut machen wollten, was sie durch nachlässige Verspottung des Trippers gesündigt hatten. Daß die Auffassung, geschlechtliche Enthaltsamkeit sei für die Gesundheit niemals irgendwie nachteilig, immer noch in Ärztekreisen Anhänger hat, erkläre ich mir — abgesehen davon, daß Unkenntnis der Literatur und mangelhafte Erhebung der Anamnese mit Schuld daran tragen —, indem ich annehme, daß der Begriff der »Gesundheit« unrichtig, weil viel zu eng, gefaßt wird. Puls und Atmung, Magensaft und Urin können ganz normal, Leber, Milz, Nieren, Darm und alle sonstigen Organe können scheinbar »ge-

*) Ein erschöpfendes Sammelreferat werde ich demnächst in anderem Zusammenhange veröffentlichen.

Digitized by Google

sund« sein — der Mensch ist es darum doch noch nicht. Es gibt auch Störungen der Gesundheit, die jenseits von Stethoskop, Plessimeter und Reagensglas liegen. Werden wir jemanden, dessen Arbeitsfreudigkeit darniederliegt und dessen Schaffenskraft gebrochen ist — oder der unstät »himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt« haltlos hin und her schwankt — oder der, vom Schlaf geflohen, »die kummervollen Nächte in seinem Bette weinend« sitzt — werden wir einen solchen Menschen »gesund« nennen, weil wir mit unseren heutigen — und vielleicht auch allen späteren — technischen Hilfsmitteln physische Krankheitssymptome nicht zu erkennen vermögen?! Gehört zum Begriff der Gesundheit nicht auch das eigene Gefühl des Wohlbefindens? Und wenn ich es in anbetracht der Seltenheit des zur Beobachtung kommenden Materials auch sehr begreiflich finde, daß eine große Zahl von Ärzten eigentliche »Krankheiten« als Folge sexueller Abstinenz nicht kennt, so kann ich mir doch nicht denken, daß es viele Ärzte gibt, die auch nichts von den leichteren Störungen der Psyche, von den Verstimmungen des Gemütslebens der doch darunter oft aufs äußerste leidenden Enthaltsamen wissen; daß sie auch nichts wissen von den als „Samenfieber" und „Samenkoller" bezeichneten Zuständen, die verschwinden, sobald — um mit Jastrowitz zu reden — die Toxine aus dem Körper ausgeschieden sind. Für mich jedenfalls unterliegt es keinem Zweifel, daß der Glaube an die „absolute Unschädlichkeit" der sexuellen Abstinenz ein schwerer Irrtum ist, daß vielmehr die Nichtbefriedigung des Geschlechtstriebes die Gesundheit schädigende und krankmachende Wirkungen haben kann und oft genug hat.

Es leuchtet ein, daß der Standpunkt, den die verschiedenen Autoren der Frage nach der therapeutischen Wirksamkeit des Geschlechtsverkehrs gegenüber vertreten, demjenigen entspricht, den sie bezgl. der Frage nach den Folgen der Enthaltsamkeit einnehmen. Wer von der — unter Umständen sich äußernden — Schädlichkeit der Abstinenz überzeugt ist, der wird dem Geschlechtsverkehr eine therapeutische Bedeutung sesp. Heilwirkung zuerkennen. Und ebenso umgekehrt. Aber wer die therapeutische Wirksamkeit des Geschlechtsverkehrs zugibt, braucht deswegen noch nicht dessen therapeutische Indikation anzuerkennen. Er könnte ja glauben, daß der durch die Ausübung des Beischlafes — speziell also des außerehelichen — erzielte therapeu-

Digitized by Google

tische Nutzen weniger wiegt als die üblen „Nebenwirkungen" des „Medikaments", oder daß die Krankheit durch weniger differente Mittel als es der außereheliche Coitus ist, mit demselben Erfolge behandelt werden kann. Oder schließlich die in der Einleitung erwähnten moralischen Bedenken lassen dem Arzt die Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs als kontraindiziert erscheinen, trotzdem ihm therapeutische Gründe dafür sprechen.

Nicht viel Ärzte haben ihre Ansicht über die Frage, ob der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehrs raten darf, wenn er sich für die Therapie einen Nutzen davon verspricht, freimütig und ohne Umschweife klar zum Ausdruck gebracht. Nur spärlich ist die Auslese, welche die Durchsicht der Literatur ergibt. Effertz[31]) meint, es sei ihm unklar, wie es Ärzte geben kann, die einem Patienten zu einem Coitus raten, wenn dieser „nicht in legitimer Weise celebriert werden kann". Sehr richtig bemerkt Moll dazu, daß Effertz damit ein Rätsel aufgibt, da er an andrer Stelle erklärt, daß die Hygiene den Beginn des sexuellen Verkehrs am Tage nach der ersten unwillkürlichen Pollution verlangt. „Da diese Pollution meist schon zeitig eintritt, im Durchschnitt wohl 15 Jahre, bevor der Mann heiratet, so ist es nicht ganz klar, wie Effertz sich die Sache in praxi denkt". Auch Lionel Beale[32]) verwirft den Rat zum außerehelichen Geschlechtsverkehr und führt, wie Moll erwähnt, sogar einen Bischof an, der den ärztlichen Rat zum außerehelichen Umgang als eine Empfehlung der Sünde bezeichnete. Beale zitiert James Paget, welcher meinte, man könne mit demselben Recht Diebstahl und Lüge empfehlen. —!! Rohleder, der die therapeutische Wirkung des Coitus ausdrücklich anerkennt und erklärt, hält gleichwohl den Arzt nicht für berechtigt, außerehelichen Verkehr zu empfehlen, und selbst ein mit Praeventivmaßregeln gegen sexuelle Ansteckungen auszuübender Verkehr fände nicht das hierzu gehörige Verständnis bei Laien und sei — ganz abgesehen von seinen moralischen Konsequenzen — vom Arzt niemals anzuraten, sondern vielmehr die sexuelle Abstinenz, „mit welcher der Patient nach eigner Selbstüberwindungskraft sich abzufinden versuchen mag". —!! Löwenfeld, der, wie aus seinen oben mitgeteilten Anschauungen hervorgeht, mancherlei Gesundheitsstörungen auf Abstinenz zurückführt und in solchen Fällen event. den Rat zur Verheiratung empfielt, spricht sich nachdrücklichst „gegen die Unbedenklichkeit mancher Ärzte aus, die es mit ihrem medizinischen Gewissen vereinbar finden, junge Menschen auf den Verkehr mit Prostituierten als eine Art Vorbeuge- oder Heilmittel

Digitized by Google

für die aus der Abstinenz resultierenden Molesten zu verweisen". Dagegen stellt sich Lallemand — um auch an dieser Stelle diesen älteren Autor zu zitieren — in Hinsicht auf manche Fälle von Impotenz auf den Standpunkt, der Arzt solle hier den außerehelichen Geschlechtsverkehr empfehlen, einen Standpunkt, der „für einen gewissen Rest" von Fällen Moll als berechtigt anerkennt. Moll will auch für einen, wenn auch nur kleinen Teil der Fälle von Homosexualität den — event. und fast immer illegitimen — Coitus therapeutisch verwertet wissen; er ist der Überzeugung, daß man „dem Urning zuweilen den Rat geben muß, mit Weibern geschlechtlich zu verkehren". Moll hat überhaupt der Frage, die Gegenstand dieser ganzen Erörterung ist, nicht bloß vom Standpunkt als Therapeuten, sondern auch von dem des ärztlichen Ethikers aus in seinem bekannten Buche eine ausführliche Besprechung gewidmet, auf die ich noch zurückkommen werde. In einem gewissen Widerspruch zu ihm äußert Erb sich folgendermaßen: „Es ist Sache des Takts und der Einsicht des Arztes, hier das Richtige zu treffen in Bezug auf das richtige Maß der Enthaltsamkeit, und dabei zwischen den Forderungen der Gesundheit und der Moral, den individuellen Anschauungen und Neigungen der Kranken und den die Befriedigung umgebenden Gefahren zu vermitteln. Es ist lediglich Sache des Arztes, die Sache mit seinem Klienten und lediglich im Interesse dieses selbst zu erwägen und zu entscheiden. Der Moralist hat bei diesen rein ärztlichen Entscheidungen keine Stimme; es ist ausschließlich der moralische Standpunkt des Klienten selbst in Betracht zu ziehen".

Bezogen sich die vorstehenden Ausführungen auf die ärztliche Empfehlung des — auch außerehelichen — Beischlafs aus therapeutischen — event. auch prophylaktischen — Gründen, so sei jetzt mit wenigen Worten der Gepflogenheit mancher Ärzte gedacht, aus diagnostischen Gründen den illegitimen Geschlechtsverkehr anzuraten. Es handelt sich hier erstens um gewisse Fälle von Impotenz; nämlich um solche, bei denen der Arzt von dem Klienten wegen einer beabsichtigten Heirat um Rat gefragt wird. In solcher Situation veranlassen manche Ärzte den Patienten, es erst noch mehrmals bei puellis publicis zu „probieren." Soweit der Arzt mit diesem Verhalten etwa einen therapeutischen Zweck verfolgt, interessiert es uns an dieser Stelle nicht. Ich rede jetzt nur davon, ob der Arzt zu seinem Rat berechtigt ist, wenn ihn nur diagnostische Gründe dazu bestimmen, um von dem Ausfall der „Proben" sein

Urteil darüber abhängig zu machen, ob der Klient heiraten darf oder nicht. M. E. lautet die Antwort darauf: Nein. Denn erstens beweist, — wie Moll sehr richtig bemerkt — die Potenz gegenüber einer Prostituierten, die vielleicht allerlei Kunstgriffe anwendet, um die Potenz zu erhöhen, nicht, daß der Betreffende auch gegenüber einem keuschen Weibe potent sein würde, andererseits würde eine Impotenz gegenüber einer widerlichen Prostituierten nicht dafür sprechen, daß sich der Klient gegenüber einer ihn seelisch fesselnden Person als impotent erweisen wird. — Zweitens kommen hier die Fälle in Betracht, in denen der Arzt — und das geschieht außerordentlich häufig — bei ihm in Behandlung gewesenen Gonorrhoikern den Rat gibt, zu coitieren, damit festgestellt werden könne, ob sie nun geheilt seien oder nicht. Es ist bekannt, daß ein Coitus „provozierend" wirkt. Trotzdem muß ich auch hier bestreiten, daß der Arzt zu seinem Verhalten berechtigt ist. Denn es gibt eine Provokationsmethode, die sich als weit zuverlässiger erwiesen hat. Ich meine die Expression der Urethral-Drüsen, der Prostata und event. der Samenblasen. Dazu kommt folgendes überaus wichtiges Moment. Wir Ärzte haben vor allen anderen die Pflicht, an der Stärkung und Vertiefung des Verantwortlichkeitsgefühls der Geschlechtskranken zu arbeiten, indem wir unseren Klienten immer von neuem ins Gewissen reden und sie unter Hinweis auf die Unsittlichkeit und Strafbarkeit einer solchen Handlungsweise ermahnen, ja nicht den Beischlaf auszuüben, solange die geringste Möglichkeit vorhanden ist, daß sie noch nicht vollkommen geheilt sind resp. ihre Ansteckungsfähigkeit gänzlich verloren haben. Und diese unbedingte Pflicht würde der Arzt auf das Gröblichste verletzen, der seinem Klienten — um festzustellen, ob er von seinem Tripper geheilt sei! — den Coitus — wenn auch nur mit Condom — gestattet oder gar anrät. Von irgend einem Konflikt der Pflichten ist hierbei überdies natürlich gar keine Rede, weil ja — wie gesagt — uns ein anderes, noch dazu vollkommeneres Mittel zur Verfügung steht, mit dem wir über die erfolgte oder nicht erfolgte Heilung der Gonorrhoe uns Aufschluß verschaffen können. — Ich resümiere:

Aus diagnostischen Gründen den Rat zum außerehelichen Geschlechtsverkehr zu erteilen, halte ich schon darum für unzulässig, weil eine Indicatio diagnosis causa in den in Betracht kommenden Fällen überhaupt nicht vorliegt.

Digitized by Google

Gegen die Zulässigkeit des ärztlichen Rates zum extramatrimoniellen Beischlaf wird zunächst der Einwand erhoben, daß die Gefahren, die den außerehelichen Geschlechtsverkehr umgeben, diesen als Prophylaktikum oder Therapeuticum a priori ausschließen sollten.

Die Gefahren sind gegeben einmal durch die Möglichkeit der venerischen Ansteckung, andererseits durch die der Empfängnis — beide mit ihren weittragenden Folgen gesundheitlicher, wirtschaftlicher und moralischer Natur. Diese Gefahren sind zweifellos sehr gewichtige; ich brauche sie nicht näher zu schildern. Nur was die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten anlangt, möchte ich auf ein Moment ausdrücklich hinweisen, nämlich auf die Tendenz der gegenwärtigen Zeit, das, was noch in der jüngst vergangenen durch Unterschätzung und Vernachlässigung der venerischen Leiden, auch von Ärzten gesündigt worden ist, wieder gut zu machen und die weitesten Kreise aus ihrer Unwissenheit und Gleichgültigkeit aufzurütteln. Dieses Bestreben hat unvermeidliche Übertreibungen bei der Schilderung der Bedeutung der Geschlechtskrankheiten zur Folge gehabt. Hält sich z. B. auch die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als solche, die ja jetzt im Mittelpunkte all dieser und ähnlicher Bestrebungen steht, in löblicher Weise — nicht ohne um diesen Vorzug haben kämpfen zu müssen — von Schwarzmalereien fern, so kommt doch schließlich durch die von ihrer Seite in Wort und Schrift erfolgende beständige Wiederholung derselben Tatsachen, ferner dadurch, daß durch sie die Aufmerksamkeit immer nur auf diese spezielle Angelegenheit gelenkt wird und andere Interessen nicht geweckt oder gefördert werden, von der Bedeutung der venerischen Krankheiten ungewollt ein Bild zu stande, auf das die Farben zweifellos zu dick aufgetragen sind. Das soll beileibe keinen Vorwurf bedeuten! Es liegt eben in der Natur der Sache begründet.

Das mußte, glaube ich, einmal ausgesprochen werden. Für unser Thema freilich scheint mir die Tatsache nur unerheblich zu sein. Denn daß mit dem außerehelichen Geschlechtsverkehre, und insbesondere mit einer dabei etwa erfolgten Infektion Gefahren — große Gefahren verbunden sind, soll selbstverständlich deswegen keinen Augenblick geleugnet werden; das Wesentliche aber ist, daß die Gefährlichkeit eines Mittels uns von dessen Verordnung überhaupt garnicht abhalten darf. Wir greifen ja täglich zu mehr oder minder differenten Medi-

kamenten, und sogar angesichts einer Lebensgefahr, in die der Patient durch unsere Behandlung gerät, wie bei schweren Operationen, fühlen wir uns durchaus nicht verpflichtet, von dem uns indiziert erscheinenden Mittel grundsätzlich abzusehen. Es kommt eben weniger auf die Größe als auf die Nähe der Gefahr an, die dem Patienten durch Anwendung des beabsichtigten Mittels droht, und das Maßgebendere noch ist deren Verhältnis zu der therapeutischen Wirksamkeit. Was nun die Nähe der Gefahren betrifft, d. h. die Wahrscheinlichkeit, bei Gelegenheit eines außerehelichen Coitus eine Geschlechtskrankheit zu akquirieren, für ein weibliches Individuum überdies noch zu empfangen, so muß ohne weiteres zugestanden werden, daß nach der heutigen Lage der Dinge, insofern bei ihr die Mehrzahl der Männer zum außerehelichen Verkehr in der Regel leider auf die Prostitution angewiesen ist, diese Wahrscheinlichkeit eine sehr große ist; und es ist zu bedenken, daß für therapeutische Zwecke ja niemals ein einmaliger Beischlaf, sondern nur ein mehr oder weniger regelmäßiger Verkehr in Frage stehen kann, wodurch die Wahrscheinlichkeit, wenigstens für viele Fälle, einer Gewißheit fast gleichkommt. Aber doch nur, wenn der Beischlaf ohne alle Vorsichtsmaßregeln vollzogen wird. Wir besitzen bekanntlich eine größere Anzahl Mittel zur individuellen Prophylaxe, durch deren sorgfältige Anwendung die Gefahren der Infektion und Konzeption, wenn auch nicht völlig ausgeschlossen, so doch sehr erheblich herabgesetzt werden; ja ich meine, daß wirklich peinliche Handhabung der uns zur Verfügung stehenden Schutzmaßnahmen die Möglichkeiten der Ansteckung und Empfängnis auf einen sehr kleinen Rest von Fällen reduziert, in denen ein besonders unglücklicher Zufall den Mißerfolg verschuldet; diese sorgfältige Anwendung geschieht eben nur so selten — aus begreiflichen Gründen, die ich nicht weiter zu erörtern brauche. Was eine sorgfältige Prophylaxe zu bieten vermag, darauf hat Benario[33]) kürzlich hingewiesen: Bei dem deutschen ostasiatischen Geschwader hatte in den Jahren 1899/1900 der Zugang an venerischen Krankheiten 264 $^0/_{00}$ betragen; zu dieser Zeit wurde ein prophylaktisches Verfahren in Form von Arg. nitr.-Einträufelungen und Sublimatwaschungen per Kommando eingeführt; die Folge war, daß schon im darauf folgenden Jahre nur 184 $^0/_{00}$ und in dem nächsten Jahre bloß 134 $^0/_{00}$ erkrankten; von 1899 bis 1901 war eine Abnahme von 187 $^0/_{00}$ erfolgt. Und bei dem ersten Geschwader, das im vorigen Jahre in Spanien war und dessen Mann-

schaften in ganz hervorragendem Maße der Ansteckungsgefahr ausgesetzt waren, weil die Geschlechtskrankheiten in den dortigen in Betracht kommenden Gegenden und Bevölkerungskreisen außerordentlich verbreitet sind, war das Präparat „Viro" eingeführt — und zwar nur auf einem Schiff. Auf diesem kamen während der ganzen Zeit nur 2 Fälle von Tripper vor, auf den übrigen Schiffen hingegen natürlich eine beträchtliche Anzahl. Dieses Prophylaktikum ist inzwischen bei fast der gesamten Marine zur Einführung gelangt. Auch R. Michels[34]), den ich nach Hastreiter[35]) zitiere, hat als Schiffsarzt überraschend gute Erfolge erzielt, nachdem er in Yokohama, wo vordem bis zu 23% Geschlechtskrankheiten unter den Matrosen aufgetreten waren, jedem derselben ein Fläschchen 10prozentiger frischbereiteter Protargollösung, ein Stückchen Sublimatseife und eine Tube Vaselin mitgegeben hatte. Infolge dieser Maßregel kam während der Rückkehr nach Deutschland kein einziger Fall von Tripper oder Schanker vor; nur ein Mann, welcher zweimal verkehrt, aber das zweite Mal die Schutzmittel nicht benutzt hatte, wurde syphilitisch angesteckt. Es würde zu weit führen, noch andere Erfolge der verschiedenen Präparate aufzuzählen; ich verweise vielmehr auf die Besprechung, die Hastreiter und Rosenthal[36]) diesem Gegenstande gewidmet haben und möchte nur noch kurz daran erinnern, wie jüngst Blaschko[37]) die prophylaktische Bedeutung des Condoms gewürdigt hat: „Dieses Mittel existiert seit nunmehr 200 Jahren und hat in dieser Zeit sicherlich Hunderttausende, vielleicht Millionen von der Syphilis gerettet. Es ist gar nicht auszudenken, wieviel Unglück in dieser ganzen Zeit ganz allein durch die Anwendung dieses Mittels verhütet worden ist. . ." Der Condom ist auch dasjenige Mittel, das — vom Manne benutzt — auch der Frau den relativ sichersten Schutz gewährt. Sonst ist die Frau hinsichtlich der persönlichen Prophylaxe nicht so gut daran wie der Mann. Sie ist mehr auf Spülungen und die allgemeine Sorge für Sauberkeit angewiesen, kann doch aber auf diese Weise ebenfalls die Ansteckungsgefahr wesentlich herabsetzen. Und hinsichtlich der Möglichkeit der Konzeptionsgefahr besitzen wir Präparate und Instrumente, die ich hier nicht näher anzugeben brauche, die zum Teil als ebenso unschädlich wie wirksam sich erwiesen haben — ganz abgesehen davon, daß auch hier durch sachverständige Spülungen viel erreicht werden kann. — Also: die Wahrscheinlichkeit, beim außerehelichen Geschlechtsverkehr eine venerische Erkrankung

Digitized by

zu akquirieren bezw. befruchtet zu werden, kann durch rationelle Ratschläge des Arztes und durch deren sorgsame Befolgung seitens des Patienten in eine nicht unbeträchtliche Entfernung entrückt werden. Soviel über die „Nähe" der Gefahr!

Und nun ein Wort über das Verhältnis der möglicherweise eintretenden Schädigung zu dem zu erwartenden therapeutischen Nutzen! Ein Normalwert für diesen Bruch läßt sich selbstverständlich nicht angeben. Sein Zähler wird um so größer sein, je häufiger nach Lage der Dinge das betr. Individuum mit seinem „Partner" wechseln muß; speziell hinsichtlich des Mannes heißt das, je mehr er auf die Prostitution angewiesen ist; die Größe des Nenners andrerseits hängt ab von der Schwere der ursprünglichen Krankheit und von der Wirksamkeit, die dem Geschlechtsverkehre ihr gegenüber zukommt. Wenn der Arzt die Chancen sachkundig und gewissenhaft abwägt, so wird er nach meinem Dafürhalten nicht umhin können, z. B. in einigen Fällen von schwerer Hysterie, bei manchen hartnäckigen Onanisten, gegenüber einer bestimmten Art von Urningen, bei gewissen Fällen von Angstneurose usw. — alles Zustände, die den Klienten unter Umständen zur Verzweiflung und bis zum Lebensüberdruß bringen und durch deren Heilung oder auch nur nennenswerte Besserung der Arzt an diesen Unglücklichen eine Wohltat ohne gleichen übt — den Geschlechtsverkehr, — der, wenn die Gelegenheit zum legitimen fehlt, eben nur extra matrimonium vollzogen werden kann — als wünschenswert zu bezeichnen.

Ich komme jetzt zu einem zweiten Einwand, der vielfach gegen die Zulässigkeit des ärztlichen Rates zum außerehelichen Umgang erhoben wird. Es sind die moralischen Bedenken, von denen ich schon früher gesprochen habe. Zu ihrer Entkräftung müsste ich — so könnte es scheinen — zunächst die allgemein herrschende Auffassung von der Unsittlichkeit des außerehelichen Geschlechtsverkehrs widerlegen. So reizvoll diese Aufgabe auch ist — ich darf und muß mich ihrer füglich entziehen, einmal, weil schon viele andere Autoren ihre Lösung in geistvoller und beredter Weise versuchten (von einer gelungenen Lösung kann man angesichts eines Problems, dessen Beurteilung allezeit den individuellen, durch Erziehung, Erfahrung und eignes Nachdenken gewonnenen Anschauungen des Einzelnen wird überlassen bleiben, selbstverständlich nicht reden!) andererseits, weil die diesbezügliche Auffassung der Allgemeinheit für den Arzt, wenn

Digitized by Google

er Kranke beraten und behandeln soll, zwar nicht ganz gleichgültig, aber doch von untergeordneter Bedeutung sein muß. Nicht ganz gleichgültig deshalb, weil der Klient in der Regel von dem Urteil, welches seine Mitmenschen über ihn fällen, mehr oder weniger abhängig ist und ihm für gewöhnlich an seinem guten Ruf gelegen sein muß; namentlich für ein Mädchen oder eine alleinstehende Frau würden die Wirkungen eines Verhaltens, durch das sie in den Augen der Welt einen sittlichen Makel auf sich lädt, unter Umständen vernichtende sein. Insofern also darf der Arzt die sogenannte konventionelle Moral nicht völlig unbeachtet lassen. Um ihre möglichen Folgen für seinen Klienten muß er sich kümmern, an und für sich aber kann sie einen Einfluß auf seine therapeutischen Maßnahmen in keiner Weise beanspruchen. Dies leitet über zu der Frage, ob der Arzt denn auch über seine eigne sittliche Überzeugung sich hinwegzusetzen das Recht oder gar die Pflicht hat. Moll versucht die Schwierigkeit dieser Frage dadurch zu beseitigen, daß er einen Unterschied macht zwischen dem Anraten eines Verkehrs und der Erklärung des Arztes, daß dieser Verkehr vom Standpunkt der Gesundheit angezeigt sei. „Wo der Arzt nicht aktiv handelt" — so führt Moll des weiteren aus — „wie bei Operationen, braucht sein Rat nur ein Urteil zu sein. Seine Tätigkeit ist eine gutachtliche, die sich sehr oft in die Form eines Rates einkleidet, und so hat auch der Arzt im konkreten Falle nur zu erwähnen, ob der sexuelle Verkehr einen Nutzen für die Gesundheit erwarten läßt, es ist aber gar nicht seine Pflicht, einen außerehelichen Verkehr anzuraten. Wenn die Ärzte so verfahren, haben sie es nur mit rein medizinischen Faktoren zu tun, nicht mit moralischen, so daß auch der keuscheste Arzt, der von dem Unmoralischen des außerehelichen Verkehrs überzeugt ist, gar nichts Unmoralisches hierbei tut." Trotzdem Moll schon selbst diesen Vorwurf zurückweist, so kann ich gleichwohl nicht umhin, diese Unterscheidung für sophistisch zu halten. In der Regel — Ausnahmen kommen vor — verlangt der Klient von seinem Arzt nicht ein Gutachten, sondern möglichst bestimmte, unzweideutige Verordnungen, was er tun und was er lassen soll; er will von ihm behandelt werden; und abgesehen davon — bedeutet das Urteil des Arztes, der regelmäßige Coitus würde voraussichtlich das Leiden des Patienten heilen oder bessern, für den Patienten denn wirklich etwas Andres als den Rat zum Verkehr? Ich meine: nein! Auf diese Weise kommen wir nicht zu einer verständigen Würdigung und Klärung der Situation. Diese ist durch

Digitized by Google

die Gewissensnot charakterisiert, in die der Arzt gerät, der im Interesse des Kranken aus therapeutischen Gründen ein Mittel für indiziert hält, das er aus moralischen Gründen verwirft. Es handelt sich um einen Konflikt zwischen sittlicher Überzeugung und beruflicher Pflicht; beiden kann der Arzt unmöglich gerecht werden, er muß die eine oder die andre zum Opfer bringen. Welche — dafür einen allgemeinen Grundsatz aufstellen zu wollen, halte ich für absurd; mag die Entscheidung in diesem oder in jenem Sinne ausfallen, auf jeden Fall hat sie Anspruch auf unser volles Verständnis und unsre Achtung — unter einer Bedingung! Wer die Pflichten, die ihm sein Beruf auferlegt, aus irgend welchen Gründen — es seien äußere oder innere — nicht mehr erfüllen kann, von dem muß gefordert werden, daß er seinen Beruf aufgibt. Es sei denn, daß ihm die Möglichkeit gegeben ist, die Situationen grundsätzlich — ohne sich dadurch einer Pflichtversäumnis irgend welcher Art schuldig zu machen — zu vermeiden, durch die allein die Verletzung seiner Berufspflicht bedingt wird. Diese Möglichkeit ist ja für einen Arzt denkbar, da er doch das gesetzliche und moralische Recht hat, die spezielle Art seiner Tätigkeit selbst zu bestimmen und die Behandlung solcher Kranken und Krankheiten, mit denen er sich aus irgend welchen Gründen nicht beschäftigen mag, schlankweg abzulehnen — natürlich nur insoweit, als nicht eine plötzliche ernste Gefahr sich als vorhanden erweist, in welchem Falle wie jedes einzelnen Menschen es selbstredend auch und namentlich des Arztes Pflicht und Schuldigkeit ist, nach bestem Können zu helfen. Von einer derartigen akut einsetzenden Lebensgefahr kann aber bei den Leiden, denen gegenüber der Geschlechtsverkehr als Heil- oder Vorbeugungsmittel in Frage kommt, kaum jemals die Rede sein. Und darum scheint mir der Arzt, der bei allen Krankheiten, bei denen er aus therapeutischen Gründen den Geschlechtsverkehr für indiciert hält, den zu empfehlen er aber aus moralischen Gründen perhorresciert, jeden Rat und jede Hilfe prinzipiell verweigert und den Patienten einen anderen Arzt zu konsultieren veranlaßt, das Dilemma auf durchaus einwandfreie Weise zu lösen; tut er doch nichts anderes, als z. B. der praktische Arzt, der einen Patienten einem Spezialisten zur Behandlung überweist, weil er selbst dieser nicht gewachsen zu sein glaubt oder aus irgend welchen anderen Gründen die Verantwortung nicht übernehmen will. Aber — wenn der Arzt sich einmal bereit erklärt, einen Klienten zu behandeln, so verpflichtet er sich dadurch, dessen gesundheitliches Interesse nach

Digitized by Google

jeder Richtung hin und nach seinem besten Wissen und Können zu schützen und zu fördern. In die Rechte Dritter — ohne deren Zustimmung — einzugreifen, ist dem Arzte selbstverständlich nicht nur von Moral, sondern auch von Rechts wegen unbedingt untersagt, selbst wenn dieser Eingriff für die Gesundheit des Patienten von größtem Nutzen wäre. Aber hiervon abgesehen — muß dem Arzte das Wohl seines Klienten höchstes Gesetz sein — und der Arzt würde seine erste Pflicht auf das allergröblichste verletzen, der zu gunsten seines eigenen Interesses, und sei dieses auch ein lauteres und ideelles, dasjenige seines Patienten ernstlich schädigt. Und das tut derjenige Arzt zweifellos, der, um nicht mit seiner sittlichen Überzeugung in Widerspruch zu geraten, seinem Klienten eine Verordnung vorenthält, die für diesen nützlich und heilsam wäre. Ein solches Verhalten würde nach meiner Auffassung nichts weniger bedeuten als einen schweren Vertrauensbruch, den der Arzt seinem Klienten gegenüber verübt. Ich erinnere an dieser Stelle noch einmal an die schon oben zitierten Worte von Erb: „Es ist lediglich eine Sache des Arztes, die Sache mit seinem Klienten und lediglich im Interesse dieses selbst zu erwägen und zu entscheiden. Der Moralist hat bei diesen rein ärztlichen Entscheidungen keine Stimme; es ist ausschließlich der moralische Standpunkt des Patienten selbst in betracht zu ziehen." Daß Erb diese letztere Forderung mit vollem Rechte erhebt, darüber kann ein Zweifel wohl kaum entstehen. Vom rein menschlichen Standpunkte aus muß es als absolut unmoralisch gelten, jemanden zu einer Handlung zu veranlassen, die dieser für durchaus unsittlich hält; und für den Arzt insbesondere würde es eine grobe Verkennung seiner Aufgaben bedeuten, wollte er seinen Klienten dadurch von seiner Krankheit heilen, indem er ihn vielleicht dauernden seelischen Qualen aussetzt. Das hieße den Teufel mit Beelzebub austreiben. Moll erinnert an die Möglichkeit folgenden Falles: „Ein katholischer Geistlicher hat eine Neurasthenie, die der Arzt auf sexuelle Abstinenz zurückführt. Es wäre auf das Entschiedenste zu mißbilligen," — meint Moll, und ich stimme ihm hierin vollkommen bei — „wenn der Arzt den Geistlichen zum sexuellen Verkehr zu veranlassen suchte. Er liefe Gefahr, die Seelenruhe eines Mannes zeitlebens zu vernichten, der das Keuschheitsgelübde abgelegt hat . . . . . Die Gesundheit ist keineswegs ein absolutes Gut, und der Arzt darf niemand dazu veranlassen, daß er zu gunsten seiner Gesundheit etwas tut, was gleichbedeutend ist

mit einem Aufgeben seiner moralischen Existenz." Im Anschluß hieran wirft Moll die Frage auf, ob der Arzt in dem geschilderten Fall berechtigt ist, „dem Geistlichen zu sagen, daß die Neurasthenie von seiner sexuellen Abstinenz herrühre" und antwortet darauf folgendermaßen: „Ein Urteil, das als einziges Heilmittel auf einen Weg hinweist, der nicht betreten werden kann, kann der Gesundheit Schaden bringen. Wenn daher der Arzt die Überzeugung hat, daß ein von ihm zu erteilender ärztlicher Rat doch nicht ausgeführt werden kann, weil ihn die Moral des Patienten zurückweist, so wird es ihm auch frei stehen müssen, den Rat nicht erst zu erteilen." Ich gehe noch weiter und meine, daß der Arzt unter diesen Umständen seine Ansicht gar nicht äußern darf. Wäre es nicht inhuman und hieße es nicht, sich als einen schlechten Arzt erweisen, wollte man einem Schmied oder Schlosser oder Steinträger, der mit seinen Händen sich und seine Familie ernähren muß, und für den die Möglichkeit eines Berufswechsels ausgeschlossen ist, die Mitteilung machen, sein Leiden rühre von der schweren Arbeit her?! Oder wenn wir einer armen stark anämischen und anfälligen Proletarierfrau sagten, ihre Schwäche sei die Folge unzureichender Ernährung?! Und einen nicht weniger mächtigen Faktor als die materielle Lage eines Menschen stellt dessen sittlich-religiöse Überzeugung dar; nicht anders wie jene verlangt auch diese vom Arzte eingehende Würdigung. Für diesen ist es nur sehr häufig überaus schwierig, die Situation nach dieser Richtung hin zu beurteilen; Menschenkenntnis und Lebenserfahrung, Taktgefühl und Zielbewußtheit müssen dem Arzte die Entscheidung erleichtern; bis diese ihm ermöglicht ist, sei er vorsichtig und übe Zurückhaltung, daß er nicht den Seelenfrieden eines Menschen, kein geringerwertiges Gut als die Gesundheit leichtfertig zerstöre.

Bei der Erörterung des dritten Einwands, der von mancher Seite gegen das prinzipielle Recht des Arztes, in gewissen Fällen den außerehelichen Umgang anzuraten, geltend gemacht wird, kann ich mich kürzer fassen. Um das Absurde der Forderung, der Arzt solle in den Fällen, in denen ihm ein sexueller Verkehr geboten erscheint, grundsätzlich die Verheiratung empfehlen, nachzuweisen, bedarf es, wie mir scheint, nicht vieler Worte. Handelt es sich z. B. um einen Homosexuellen oder um einen Impotenten, den man durch Gewöhnung an den (normalen) Coitus heilen zu können glaubt, so wäre es frivol und meist therapeutisch wenig aussichtvoll, hier die

Ehe anraten zu wollen. Ferner ist zu bedenken, daß es unverantwortlich ist, jemanden zur Heirat zu veranlassen, der z. Zt. krank ist — noch dazu nervenkrank; denn in den meisten in Betracht kommenden Fällen handelt es sich um Nervenleiden oder gar Psychosen, fast immer aber mindestens um neuropathisch belastete Individuen; betrache ich es auch als entschieden zu weitgehend, von den Ärzten zu fordern, daß sie derartige Klienten mit Einsetzen ihrer ganzen Autorität an der Verheiratung zu hindern suchen — das mag als die Aufgabe der Moraltheoretiker oder auch der Rassenhygieniker betrachtet werden — so muß man doch den von dem Arzt einem solchen Klienten erteilten Rat zur Ehe entschieden mißbilligen. Nicht nur mit Rücksicht auf die Nachkommenschaft — diese ließe sich ja wohl verhindern —, sondern auch, weil dem Arzte nicht das Recht zusteht, einen ihm unbekannten Dritten durch die Bande der Ehe an das im voraus nicht einmal abzuschätzende Schicksal eines kranken Individuums zu fesseln. Drittens weise ich darauf hin, daß es als absolut unmoralisch zu bezeichnen ist — eine Meinungsverschiedenheit darüber ist wohl ausgeschlossen — jemanden zur Heirat zu veranlassen, wenn nicht eine sichre materielle Basis dazu vorhanden ist; auch hat erst jüngst Alexander[38]) die Tatsache betont, daß die Ehen, die „aus sexueller Not" geschlossen werden, in übergroßer Mehrzahl unglücklich verlaufen. Kurz: der Arzt darf und muß unter Umständen einen „Geschlechtsverkehr" verordnen, aber die „Ehe" verschreiben, das kann er nicht. Die Möglichkeit, daß in Ausnahmefällen die Bedingungen gegeben sind, die dem Arzt doch das Recht geben, seinem Klienten, namentlich seiner Klientin den ernsthaft gemeinten Rat zu erteilen „Sie müssen heiraten", leugne ich selbstverständlich nicht.

Ich komme zum Schluß und ziehe aus den vorstehenden Ausführungen folgendes Resumé: Die Frage, ob dem Arzte das prinzipielle Recht zusteht, den außerehelichen Geschlechtsverkehr anzuraten, ist zu bejahen — und zwar grundsätzlich, sowohl dem männlichen, wie dem weiblichen Patienten gegenüber; indes hat der Arzt die Verpflichtung, stets sämtliche Folgen zu bedenken, die sein Rat für den Klienten haben kann; und da die Folgen eines illegitimen Verkehrs in der Regel für ein Mädchen oder eine Frau außerordentlich viel nachteiligere sein können als für den Mann, so wird in praxi der Arzt dem weiblichen Geschlecht gegenüber mit dem Rate zum außerehelichen Umgang noch weit zurück-

Digitized by Google

haltender sein müssen als er schon dem Manne gegenüber natürlich auch die Pflicht hat. Denn es ist selbstverständlich, daß ich nicht etwa der Unbedachtsamkeit und Leichtfertigkeit das Wort reden will, mit welcher leider manche Ärzte eine „Beischlafkur" verordnen. Die Empfehlung des außerehelichen Geschlechtsverkehrs muß entschieden eine Ausnahme sein; aber das grundsätzliche Recht zu dieser Empfehlung muß dem Arzte unbedingt zugestanden werden, und er darf sich nicht scheuen, von diesem Rechte in geeigneten Fällen Gebrauch zu machen. Dann aber hat er zugleich die absolute Pflicht, dem Patienten sachverständige und wahrheitsgemäße Aufklärung zu geben über die Gefahren, die mit dem Coitus extra matrimonium verbunden sind, so wie er ihn ja auch vor einer etwaigen Operation über die Chancen dieser zu belehren verpflichtet wäre. Und es ist nicht minder die unbedingte Pflicht des Arztes, dem Klienten auch rückhaltlos die Mittel zu nennen und ihm deren sorgfältige Anwendung dringend ans Herz zu legen, durch die jene Gefahren vermindert werden können. Denjenigen, der die ärztliche Empfehlung dieser Schutzmittel etwa für unlogisch hält, weil sie eine sichre Gewähr ja doch nicht bieten, oder für unsittlich und unhygienisch, weil sie dem betr. Individuum die Verantwortlichkeit abnehmen und die zu bekämpfende Neigung zum außerehelichen Geschlechtsverkehr stärken und fördern, den verweise ich auf das glänzende Referat von Blaschko, mit dem dieser jüngst die Anhänger jener Anschauung ad absurdum geführt hat. Freilich bezogen sich seine Argumentationen nur auf die Prophylaktika gegen Ansteckung; aber sie treffen m. E. auch für die Mittel zur Verhütung der Empfängnis vollständig zu. Für den Arzt — nicht für den Sozialmediziner, den Biologen und den Physiologen, auch nicht für den Ethiker und viele andere, für die meine Ausführungen ja natürlich in keiner Weise Geltung haben sollen — aber für den Arzt können für die Empfehlung der Schutzmittel gegen Conception unmöglich andere Grundsätze maßgebend sein als für das Anraten der Befolgung aller Vorsichtsmaßregeln gegen Infektion. Das heißt, auch hier muß für den Arzt das maßgeblich Bestimmende immer das Interesse des Patienten sein. Aus verschiedenen Gründen hat der Arzt in **gewissen,** nicht ganz seltenen Fällen die Pflicht, der Patientin gegenüber mit dem etwaigen Rat zum außerehelichen Geschlechtsverkehr die eindringliche Mahnung zu verbinden, eine Empfängnis zu verhüten und ihr über das „Wie" rück-

Digitized by Google

haltlose Aufklärung zu geben. Wie der vorurteilslose Arzt ja auch der verheirateten Frau, die z. B. an Tuberkulose oder an einem Herzfehler oder an Nephritis o. a. Krankheiten leidet, häufig genug die Anwendung von Mitteln zur Verhütung der Konzeption auf das Entschiedenste anraten wird, so natürlich auch einer unverheirateten Klientin für den außerehelichen Geschlechtsverkehr. Diese Notwendigkeit ergibt sich verhältnismäßig oft und dringend, weil die Individuen, denen der Arzt den Geschlechtsverkehr aus therapeutischen Gründen empfehlen muß, ja zu einem sehr großen Teil an Neurosen oder Psychosen leiden, die erfahrungsgemäß durch eine Schwangerschaft oft in bedrohlichem Grade verschlimmert werden, sodaß bei solchen Patientinnen also der Geschlechtsverkehr indiciert, eine Schwangerschaft aber kontraindiciert sein kann. Letzteres nicht immer und ausschließlich aus rein medizinischen Gründen. Auch Humanitätsgründe können dem Arzte die Pflicht, öfter noch das Recht geben, eine Konzeption verhindern zu lassen; Humanitätsgründe, die schon relativ häufig bei Ehefrauen, fast immer aber jedenfalls bei unverheirateten Klientinnen sich geltend machen. Kehrer[39]) hält diese Humanitätsgründe sogar für triftig genug zur operativen Sterilisation. Wenn der Arzt, der einer unverheirateten Patientin aus therapeutischen Gründen den Rat zum außerehelichen Umgang erteilen zu müssen glaubt, bedenkt, daß er nicht „Mediziner", sondern eben „Arzt" sein soll, so wird er in gewissen Fällen die Pflicht anerkennen müssen, der Patientin zugleich alle Mittel und Wege anzugeben, die sie vor dem Eintritt der Schwangerschaft zu schützen vermögen. Zu Dritt verlangt die notwendige Rücksichtnahme auf eine etwaige Nachkommenschaft die Verhütung der Konzeption; die Erzeugung degenerierter Kinder sollte kein Arzt zugeben oder gar gleichsam veranlassen, wo er sie möglicherweise leicht verhindern kann. Ich stehe in dieser Hinsicht ganz auf dem Standpunkte von Woltmann[40]), der zu dem Kapitel über die Entartung des modernen Weibes Folgendes ausführt: „An ihrer Fortplanzung müssen die Kranken, Krüppel und Schwachen verhindert werden. In solchen Fällen sollte vorbeugender geschlechtlicher Verkehr empfohlen werden und unter Umständen die Tötung der Frucht erlaubt oder sogar geboten sein." Und Kehrer stellt es als wünschenswert hin, daß neuropathische Frauen sogar durch tubare Sterilisation — also auf chirurgischem Wege — an der Erzeugung degenerierter Kinder verhindert werden.

Digitize

Literatur.

[1]) O. Berger. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 6, 1876 (citiert b. Rohleder).

[2]) H. Rohleder. Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben. Berlin 1901.

[3]) Lallemand. Über unwillkürliche Samenverluste. Paris. 1836—43.

[4]) A. Forel. a) Zur Heilung der Hysterie durch Kastration. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1886.

b) Einige Worte über die Prostitution in Kiew und über die sexuelle Hygiene. ibid. 1889.

[5]) A. Hegar. a) Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden etc. Stuttgart 1885.

b) Der Geschlechtstrieb. Stuttgart 1894.

[6]) A. Eulenburg. Sexuelle Neuropathie, genitale Neurosen und Neuropsychosen der Männer und Frauen. Leipzig 1895.

[7]) Rubner. Lehrbuch der Hygiene.

[8]) Paget, citiert bei Beale, Ribbing u. a.

[9]) Gowers. a) London Lancet. 1889.

b) Handbuch der Krankheiten des Nervensystems. Deutsch von Karl Grube. Bonn. 1892.

[10]) Seved Ribbing. Die sexuelle Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen. Stuttgart 1899.

[11]) W. Erb. a) Handbuch der Rückenmarkskrankheiten. 2. Aufl. 1878.

b) Diskussion auf d. 1. Kongreß der D. S. z. B. d. G. — Ztschrft. für die Bek. d. Geschl.-Kr. I p. 130.

c) Bemerkungen über die Folgen sexueller Abstinenz. Ibid. II, 1.

[12]) M. Jastrowitz. Einiges über das Physiologische und über die aussergewöhnlichen Handlungen im Liebesleben der Menschen. Leipzig 1904.

[13]) I. L. Curtis. De la virilidad. Traducido par Cueva. Barcelona 1866. citiert bei Moll.

[14]) G. M. Beard. Die Nervenschwäche. Dtsch. von M. Neißer. Leipzig 1883.

[15]) Freud. a) Die Abwehr-Neuropsychosen. Neurolog. Zentralbl. 1894.

b) Über die Berechtigung von der Neurasthenie die Angstneurose abzutrennen. Neurolog. Zentralbl. 1895.

c) Zur Kritik der Angstneurose. Wiener klin. Rundsch. 1896.

d) Die Sexualität in der Aetiologie der Neurosen. Ibid. 1898.

[16]) v. Tschisch. Coitus reservatus als Ursache von Neurasthenie. Sitz.-Ber. des IV. Kongr. d. Ges. russ. Ärzte in Kiew. 1896.

[17]) F. Gattel. Über die sexuellen Ursachen der Neurasthenie und Angstneurose. Berlin 1898.

[18]) L. Löwenfeld. Sexualleben und Nervenleiden. Wiesbaden 1903.

[19]) v. Krafft-Ebing. a) Über Neurosen und Psychosen durch Abstinenz. Jahrb. f. Psychiatrie. 8. 1889.

b) Psychopathia sexualis. Stuttgart 1894.

c) Über Neuropathia sexualis feminarum. Klin. Handb. d. Harn- u. Sexual-Organe. 1894.

[20]) Heller. Geschlechtsleben. In Dammers Handb. d. öff. Gesundheitspflege. Stuttgart. 1891.

Digitized by Google

[21]) Gyurkowechky. Patholog. u. Therapie d. männl. Impotenz. 1889.
[22]) Curschmann. Die funktionellen Störungen der männlichen Genitalien. 1878.
[23]) W. A. Hammond. Die sexuelle Impotenz beim männlichen und weiblichen Geschlechte. Dtsch. v. Salinger. 1889.
[24]) v. Schrenk-Notzing. Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Stuttgart 1892.
[25]) B. Tarnowsky. Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Berlin 1886.
[26]) A. Moll. a) Libido sexualis. Berlin 1897.
b) Die konträre Sexualempfindung. Berlin 1899.
c) Ärztliche Ethik. Stuttgart 1902.
[27]) F. Siebert. Sexuelle Moral und sexuelle Hygiene. Frankfurt a./M. 1901.
[28]) A. Nyström. Das Geschlechtsleben und seine Gesetze. Berlin. 1904.
[29]) Stoffella, Über habituelle Stuhlverstopfung beim Weibe. Wiener mediz. Wochensch. 1885.
[30]) Ernst Gystrow. Liebe und Liebesleben im XIX. Jahrhundert. Berlin: Verlag Aufklärung.
[31]) O. Effertz. Über Neurasthenia sexualis. New-York 1894.
[32]) L. S. Beale. Our Morality and the moral Question: chiefly from the medical vide. London 1893.
[33]) Benario. Diskuss. auf d. Mitglieder-Vers. 1904 der D. G. z. B. d. G. Mitteil. der Ges. II, 9.
[34]) R. Michels. Dtsche. Medizinal-Ztg. 1900.
[35]) J. Hastreiter. Die Geschlechtskrankheiten des Mannes. München 1904.
[36]) O. Rosenthal. Therapie der Syphilis und der venerischen Krankheiten. Wien. 1904.
[37]) A. Blaschko. Unser neues Merkblatt. Mitteil. der D. G. B. G. II, 2.
[38]) Carl Alexander. Diskuss. auf d. Mitgl.-Vers. 1904 der D. G. z B. d. G. Mitteil II, 2
[39]) Kehrer. Centralbl. f. Gynäkol. 1897.
[40]) L. Woltmann. Polit.-anthropolog. Revue I, 530.

II. Referate.

Über die **Verwertung des Stypticin in der urologischen Praxis** von **Kögl-Wien.** (Monatsber. f. Urol. 1904 No. II.)

Das Stypticin, ein dem Hydrastinin chemisch verwandter Körper, bequem in der Tablettenform Stypticin-Merck zu verordnen (6—8 Stück täglich) bewährt sich auch als ein ganz vorzügliches Haemostaticum in der Urologie. Autor hat bei einem 79 jährigen Prostatiker eine lebensgefährliche starke Blutung durch Stypticin schnell zum Stehen gebracht; bei einem andern 58 jährigen Patienten, der an blutenden Blasen Papillomen litt, trat desgleichen schnelle Blutstillung ein. Auch bei den terminalen Blutungen der Urethritis acuta posterior hat sich das Stypticin vorzüglich bewährt, so daß man von Opium-, Morphium- und Cocain-Suppositorien etc absehen konnte. Bei Blasenblutungen

werden auch Spülungen mit 10% **Stypticinlösung** empfohlen, bei Verletzungen der Harnröhre Einführung eines Gelatine bougies mit 0,04 Stypticin.

Loeb - Köln.

Josicnek: Über Urethral- und Präputialsteine. (Münch. med. Wochenschrift 1904 No. 9).

I. besprach in der **Medizin. Gesellschaft zu Chemnitz** (13. I. 1904) 3 Beobachtungen, die er in letzter Zeit gemacht. Unter der Vorhaut eines 3jährigen Knaben, der den Urin nicht im Strahle entleeren konnte, fiel nach Spaltung der Phimose ein 0,8 cm. langer und 0,6 cm. breiter Präputialstein hervor, dessen Sägemehl typische Murexidreaktion lieferte. Ein 2jähr. Knabe zeigte Beschwerden beim Harnen, und bei der Untersuchung mit dem elastischen Katheter war in der Pars membranacea der Harnröhre deutlich ein Konkrement zu fühlen. Durch streichende Massage wurde dasselbe durch die Pars bulbosa bis zur Fossa navicularis bewegt, musste dann aber durch Erweiterung des Orificiums mit der Harnröhrenzange nach Weiß entfernt werden. Auch hier handelte es sich um ein Uratkonkrement; es war 1 cm. lang und 0,5 resp. 0,7 cm. breit. Im 3. Falle lag weder ein Urethral- noch ein Präputialstein vor. Der 68 jährige Patient hatte 5 Monate zuvor einen Anfall von Nierenkolik gehabt. Das Konkrement, ein apfelkerngroßer Oxalatstein, wurde nun, in einer Umhüllung von Blut und Blasenepithel wie der Kern im Steinobst liegend, unter Schmerzen spontan durch die Harnröhre ausgeschieden.

Grätzer-Sprottau.

G. Mellin: Beitrag zur Kenntnis der Bakteriurie bei Kindern. (Jahrbuch f. Kinderhlkd. Bd. 58, Heft 1).

10 Fälle schildert M. Jedesmal enthielt der Harn nur eine Art von Bakterien: 8mal Bacterium coli, 2mal Staphylococcus albus. 2mal hatten die Kinder vorübergehend leichtes Fieber; schwere Erscheinungen machten sich in keinem der Fälle geltend.

Therapeutisch verordnet M. außer Diät Salol intern. (3mal täglich 0,25), Spülungen der Blase mit Borsäure (3%) event. später, wenn noch keine Heilung, solche mit Lysol ($^1/_4$—$^1/_2$%). Grätzer-Sprottau.

J. Zappert: Über Genitalblutungen neugeborener Mädchen. (Wiener med. Wochenschrift 1903, Nr. 31).

Bei neugeborenen Mädchen kommen am 5.—6. Tage bisweilen geringe Blutungen aus den Genitalien vor, die höchstens 4—6 Tage anhalten, ohne Krampf und ohne Allgemeinerscheinungen einhergehen und meist harmloser Natur sind. Auch Z. hat 2 derartige Fälle beobachtet.

Kürzlich erhielt nun Z. ein Stück eines Uterus von einem Kinde zur Untersuchung, das in typischer Weise solche Blutungen gehabt, auch an einer, ohne sonstige Haemorrhagien einhergehenden Sepsis gelitten hatte. Mikroskopisch boten die Genitalien nichts Besonderes. Die mikroskopische Untersuchung des Uterussegments ergab nur Blutreichtum des submukösen Gewebes und Austritt von Blutkörperchen aus den erweiterten Gefäßen, aber Intaktheit des Schleimhautepithels und Fehlen jedweder Entzündung,

Digitized by Google

d. h. Analogie mit dem histologischen Bilde bei menstrueller Blutung des Erwachsenen. Aber abgesehen davon, daß man von diesem einen Falle noch nicht auf alle derartigen Blutungen schließen darf, kann man doch überhaupt kaum von einer „Menstruatio praecox" sprechen, da die Kriterien einer solchen, wie periodische Wiederkehr, verfrühte Entwickelung der Geschlechtsorgane etc. hier fehlen. Wohl aber könnte man, in Erinnerung an die Brustdrüsenschwellung der Neugeborenen, auch hier mehr an einen physiologischen, als an einen pathologischen Zustand denken. Aber wie gesagt, eine Verallgemeinerung von dem einen Fall aus ist nicht berechtigt, auch ist jene Brustschwellung recht häufig, Genitalblutungen aber recht selten; es muß daher die Entscheidung, ob die Uterusblutung der Neugeborenen einen bisher unaufgeklärten physiologischen Reiz oder ein pathologisches Vorkommen darstellt, einstweilen offen bleiben.

Grätzer-Sprottau.

III. Tagesgeschichte.

Der Besuch des vom 12.—17. September a. c. stattfindenden V. internationalen Dermatologen-Kongresses wird voraussichtlich ein sehr reger werden, da bereits zahlreiche Zusagen aus aller Herren Länder eingetroffen sind. Unter den angemeldeten Herren befinden sich die hervorragendsten Vertreter des Faches. Die Eröffnungssitzung wird im Langenbeckhause, die übrigen im Auditorium des pathologisch-anatomischen Instituts der Charité abgehalten werden. Zugleich mit dem Kongress findet eine wissenschaftliche Ausstellung statt, und in getrennten Räumen eine zweite von pharmazeutischen Produkten und Instrumenten, welche beide nach den bisherigen Anmeldungen sehr reichhaltig zu werden versprechen. Von den vom Organisations-Komité aufgestellten Themata haben für „die syphilitischen Erkrankungen des Zirkulationsapparates" die Herren v. Düring, v. Hansemann, Jullien, Lang, Renvers, Thomson Walker, für „Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien" die Herren Duncan Bulkley, Radcliffe Crocker, Jadassohn, v. Noorden, Pick, für „Epitheliome und ihre Behandlung" die Herren Darier, Fordyce, Landerer, Mibelli, Riel, Róna und Unna das Referat übernommen. Das Generalreferat in der Leprafrage wird Geheimrat Neisser erstatten. Es sind außerdem bereits mehr als 80 freie Vorträge und Demonstrationen angemeldet. Besonderer Wert wird auf die Reichhaltigkeit der Krankenvorstellungen gelegt werden, welche an jedem Morgen vor den eigentlichen Sitzungen stattfinden. Anmeldungen nnd Anfragen sind an den Generalsekretär zu richten.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Digitized by Google

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—)
Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 3 I.

Heft 8. **August 1904.** Jahrgang I.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *E. Warschauer-Berlin:* „Zur Therapie des Prostata-Abszesses."
2. *Wilhelm Hammer-Berlin:* „Über einen Fall von typischem Uranismus eines jungen Mädchens."
3. *R. Glitsch-Stuttgart:* „Sexualorgane und Frauentracht."
4. *M. v. Margulies-Odessa:* „Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankuugen."

II. Referate:

1. *K. Borszéky:* Über reflektorische anuria calculosa.
2. *Paul Krause-Breslau:* Zwei Fälle mit Gonococcensepsis mit Nachweis der Gonococcen im Blute bei Lebzeiten der Patienten.
3. *Alfred C. Croftan:* Experimental Note on the Treatment of Diabetes Medicine.
4. *J. Sawyer-Birmingham:* Diät bei Diabetes.
5. *Andreas Buraczyński:* Beitrag zur Lues des Nervensystems.
6. *Berthold Goldberg-Cöln-Wildungen:* Die keimfreie Aufbewahrung weicher und halbweicher Katheter.
7. *L. Stolper:* Über die Mißbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane.
8. *Prof. Albarran:* Die Haematurie.
9. *Fries:* Beitrag zur Kasuistik der Lysolvergiftung.
10. *Buri:* Die übertriebene Furcht vor Kali chloricum.
11. *Zum Busch:* Die Entfernung der vergrößerten Prostata vom hohen Blasenschnitt aus.
12. *Ernst Ruver:* Drei Fälle von rasch aufgetretener Unterernährung auf der Basis von coitus interruptus.
13. *Brüning-Freiburg i. B.:* Über eine neue Methode der Heilung einer durch Trauma entstandenen Harnröhrenverengerung.

I. Originalarbeiten.

Zur Therapie des Prostata-Abszesses.

Von Dr. E. Warschauer-Berlin.

Zu der selteneren Erkrankung der Prostata gehört der Prostataabszeß, der außer bei Gonorrhoe, bei akuten Infektionskrankheiten, Tuberkulose, nach Verletzungen und Infektion beim Katheterismus, noch in einigen wenigen Fällen zur Beobachtung kommt, für die ein aetiologisches Moment nicht zu ermitteln ist, und die höchstwahrscheinlich durch eine fortgeleitete Infektion von der lädierten Darmschleimhaut aus zu erklären sind.

Das Hauptkontigent liefert die Gonorrhoe, bei der sich der Abszeß aus der parenchymatösen Prostatitis durch Einschmelzung des Gewebes entwickelt; die Beschwerden sind dieselben, die wir bei der erwähnten Prostatitis kennen. Die Patienten klagen über einen starken, schmerzhaften Druck in der Dammgegend, über Pochen und Hämmern im After, über ein Gefühl, als ob daselbst ein fester Gegenstand läge, sie sehen bleich aus mit einem ängstlichen Gesichtsausdruck; das Hinsetzen und Aufstehen ist mit besonderen Schmerzen verknüpft, und erinnern sie in diesem Punkte an Ischiaskranke. Der Stuhl ist in der Regel angehalten, und es besteht oft complete oder incomplete Harnverhaltung, hervorgerufen durch die mechanischen Hindernisse. Fieber kann in manchen Fällen ganz fehlen, in anderen ist es gering oder erreicht eine bedeutende Höhe. Die Diagnose wird durch die Pulpation der Drüse vom Rectum aus gestellt; der Patient nimmt hierbei die Knie-Ellenbogenlage ein oder liegt auf dem Rücken mit stark angezogenen Oberschenkeln. Die Untersuchung selbst ist äußerst schmerzhaft, schon das Passieren des Sphincter ani externus läßt die Patienten laut aufschreien. Der palpierende Finger kommt alsbald auf einen großen, höckerigen Tumor, der mit dem Finger kaum zu umgreifen ist, speziell ist der Höhendurchmesser der Drüse am stärksten vergrößert. Die Konsistenz ist in frischen Fällen hart, nur wenige Stellen sind weicher zu fühlen, in älteren Fällen konstatiert man einen weichen, prall gefüllten Sack. Das sicherste und beste Mittel Pus nachzuweisen ist die Probepunktion, dieselbe schadet nie, selbst in den Fällen, in welchen man bis in die Blase gekommen ist und statt Pus Urin erhalten hat, sah man keine Komplikationen entstehen. Um

diese Fälle, die immerhin dem Arzt ein momentanes Unbehagen einflößen, zu vermeiden, habe ich einen Troicart konstruieren lassen, der auch den Vorzug der Handlichkeit hat.[1]) Derselbe besteht aus einer geschützten Hülse, die mit einem Handgriff versehen ist, und einer Punktionsnadel, deren Spitze ca. 2 cm über die Hülse hinausragt und auf welche die Spitze zum aspirieren aufgesetzt wird. Unter Leitung des Fingers wird die Hülse an eine weichere Stelle der Prostata geführt und gegen dieselbe fest angedrückt, sodann wird die Nadel mit einem kräftigen Ruck in die Prostata hineingestoßen und die Spritze aufgesetzt. Man erhält wohl in fast allen Fällen Pus, eventuell ist die Punktion an einer anderen Stelle zu wiederholen. Die Menge Pus, die man erhält, ist je nach dem Alter des Abszesses verschieden; oft ist der Eiter so dickflüssig, daß man nur einige Tropen Pus an der Spitze der Nadel findet. Die Punktion selbst ist, wenn man sie auch öfters wiederholt, völlig ungefährlich, nur muß man die Vorsicht gebrauchen, daß man nicht gerade in eine pulsierende Stelle einsticht, da es sonst zu unangenehmen Blutungen kommen kann.

Therapeutisch empfiehlt es sich, falls die Abscedierung noch eine sehr geringe ist, unter genauer Kontrolle des Allgemeinbefindens, quoad operationem sich zunächst exspektativ zu verhalten. Lokale Blutentziehungen durch Blutegel, die an den Damm gesetzt werden, heiße, prolongierte Sitzbäder, heiße Eingießungen in den Darm, heiße Breiumschläge über den Damm bis zum Nabel hinaufreichend, sind von großem Nutzen. Zur Beseitigung der Schmerzen sind Suppositorien mit Morphium, Belladonna mit Zusatz von Jodkali, Clysmen von Pyramidon mit Heroin zu verordnen. Der Stuhlgang ist zu regeln, die Blase eventuell durch Katheterismus zu entleeren. Die Diät ist eine blande. Unter dieser Behandlung sieht man oft den Prozeß zurückgehen oder falls der Abszeß Fortschritte macht, spontan ins Rectum oder in die Blase durchbrechen. Um diesen Ausgang zu beschleunigen, drücke ich vom Rectum aus täglich ein- bis zweimal die Drüse durch einen kurzen, kräftigen Druck aus. Auch nach der Probepunktion habe ich öfters die Beschwerden sich bedeutend mildern sehen, falls eine ziemlich große Quantität Pus aspiriert war, und konnte ich dann durch Anwendung von heißen Kamillen-Thee-Eingießungen, mehrmals des Tages gemacht, einen schnellen Durchbruch des Abszesses nach dem Rectum erzielen. Von französischer Seite sind nach der Punktion

[1]) Das Instrument wird von der Firma W. Tasch, Berlin, Courbièrestr., hergestellt.

des Abszesses Auswaschungen der Höhle mit arg. nitr. oder Sublimat empfohlen worden, um eine größere Operation zu vermeiden.

Ist das Allgemeinbefinden kein gutes oder besteht deutliche Fluktuation des Abszesses, so tritt die chirurgische Behandlung in ihr Recht. Es stehen uns 2 Wege für die Operation zur Verfügung, die Incision vom Rectum oder vom Damm aus. Die Incision vom Rectum aus, speziell von Casper geübt und empfohlen ist für den Patienten mit Ausnahme weniger Fälle vorzuziehen. In tiefer Narkose nach Erschlaffung des Sphincter ani wird der Abszeß unter Vermeidung größerer Blutgefäße inzidiert, dann geht man mit dem Finger in die Abszeßhöhle ein, ähnlich wie bei der Operation der Mastitis, um alle Abszesse, falls noch Scheidewände bestehen, zu eröffnen. Die Höhle wird mit Jodoformgaze tamponiert, und der Patient einige Zeit unter Opium gehalten, nach 8 Tagen kann der Patient das Bett verlassen. Irgend eine Infektion von der Wunde aus habe ich bei ca. 25 von Casper operierten Fällen nicht gesehen, ebensowenig eine sich anschließende Rectal-Gonorrhoe, wenn auch Gonococcen im Eiter nachgewiesen werden konnten; der Heilungsprozeß war stets ein tadelloser nur kommt es hin und wieder zu starken Nachblutungen, die nicht immer leicht zu beherrschen sind.

Die Operation vom Damm aus ist chirurgischer, aber für den Patienten ein bedeutenderer Eingriff, da der Heilungsprozeß einige Wochen in Anspruch nimmt. In einem Falle sah ich bei einem 40jährigen Manne, der nach dieser Methode operiert war, dauernde Impotenz sich anschließen. Ich möchte deshalb diese Methode auf die Fälle beschränkt sehen wollen, bei denen gleichzeitig stark ausgebildete Haemorrhoiden vorhanden sind, da hierbei die Gefahr einer starken Blutung oder einer septischen Infektion eine zu große ist.

Zu erwähnen wäre noch die Phlegmone periprostatica und die Phlebitis paraprostatica im Ganzen sehr seltene Prozesse, die sich an einen Prostata-Abszeß anschließen können; dieselben verlaufen immer unter hohem Fieber und den schwersten Allgemeinerscheinungen. Die Prognose ist eine äußerst schlechte. Man fühlt bei der Palpation keinen abgegrenzten Tumor, sondern eine weit über die Prostata hinausreichende Infiltration oder eine höckerige Geschwulst, diffus verbreitet, die aus dicken Strängen (Phlebitis paraprostatica) zu bestehen scheint. Ich glaube, daß zu diesen immerhin sehr seltenen Erkrankungsformen Diabetiker besonders disponieren. In diesen Fällen kommt therapeutisch nur die Operation vom Damm aus in Frage.

Über einen Fall von typischem Uranismus eines jungen Mädchens.

Von Dr. med. **Wilhelm Hammer, Berlin.**

Vorbemerkung: Unter Homosexualität verstehe ich die geschlechtliche Neigung eines Menschen zu einem anderen gleichen Geschlechtes, gleichgültig, ob diese Neigung zu einem älteren oder jüngeren Menschen statthat, unabhängig auch davon, ob neben der gleichgeschlechtlichen Liebe eine Liebe zum anderen Geschlecht in dem Gefühlsleben desselben Menschen zeitweilig oder dauernd Platz hatte. Unter Uranier verstehe ich einen Menschen, der nie eine andere geschlechtliche Empfindung hatte, als eine gleichgeschlechtliche. Unter Paederastie endlich versteht man wohl zweckmäßig die Knabenliebe gereifter Männer, soweit sie mit geschlechtlicher Hinneigung verbunden ist.

In folgendem möchte ich einige Angaben aus dem Leben einer Uranierin machen, zumal gerade weibliche Uranierinnen selten genau beobachtet werden können. Es handelt sich um ein 24jähriges Mädchen von 160 cm. Größe, 57 cm. größtem Kopfumfange, starker Behaarung, namentlich auch unterhalb des Kinnes. Die Gesichtszüge sind den männlichen genähert, da die Nasenwangen- und Nasenlippenfalten scharf ausgeprägt sind. Das Haar trägt die Dame mäßig kurz geschnitten, empor gekämmt, weil sie ihrer Angabe nach auf diese Weise weniger unter Stirnkopfschmerz zu leiden hat. Beide Hände sind klein und zierlich. Rechter Mittelfinger ist 7 cm. lang, der linke Mittelfinger 7,5 cm. Der rechte Oberarm ist 32, der linke 30 cm. lang. Der linke Unterarm (vom olecranon bis zur Kuppe des kleinen Fingers gemessen) ist 38 cm. lang, der rechte 39 cm. Der Brustumfang beträgt, in der Höhe der Brustwarze gemessen, 87 cm. (über einem Hemd und einem Unterhemd). Der Atemtypus ist rein abdominal, so daß eine Verschiebung des Brustumfanges beim Ein- und Ausatmen nicht zu bemerken ist.

Das Becken erscheint, soweit die Bekleidung ein Urteil zuläßt, breit und in keiner Richtung verengt. Eine weitere Untersuchung, namentlich der Unterleibsorgane, wurde von der Dame nicht gewünscht, wie denn überhaupt Uranierinnen sich lieber vor dem eigenen Geschlechte entblößen, als vor dem anderen, eine Erscheinung, die übereinstimmt mit der Neigung geschlechtlich normal empfindender Frauen,

sich auch bei Unterleibskrankheiten lieber einem Arzte, als einer Ärztin anzuvertrauen. Die Dame gibt an, überall stark behaart zu sein. Der Bartwuchs auch unterhalb des Kinnes ist so erheblich, daß sie sich, um nicht bärtig zu erscheinen, rasieren lassen muß. Ich konnte mich selbst durch Betasten der Bartstoppeln von der stattlichen Behaarung des Kinnes und oberen Halses überzeugen, die so gewaltig ist, daß mancher gleichaltrige Jüngling froh wäre, wenn er über ähnlich starke Behaarung verfügte.

Das rechte Auge ist etwa 5 diopt. kurzsichtig, das linke ist ebenfalls, wenn auch in geringerem Grade kurzsichtig, so daß die Dame einen Kneifer zu tragen genötigt ist, der sie dem weiblichen Typus noch mehr entfernt. Zeichen von Hysterie sowie Organerkrankungen anderer Art, als die erwähnten, konnte ich nicht finden. Kurzsichtigkeit, Kopfschmerzen bei ungestörter Verdauung und der Uranismus waren die einzigen feststellbaren Krankheiten. Auffällig ist immerhin der erhebliche Unterschied der rechten und linken Hälfte ihres Körpers, ein Unterschied, der sich ebenso auf die Augenmaße, wie auf die Längsmaße der Arme und Finger erstreckt, ein Unterschied, der auch die Beachtung ihrer Schneiderin fand. Die Eltern des Mädchens, begüterte Leute, den vornehmen Kreisen angehörig, leben beide und sind gesund. Bezeichnend für die etwas absonderliche Art der Dame ist ihr Ausspruch: Vater lebt, ist gesund; „wenigstens tut er so." Die Eltern haben keine Ahnung von dem Uranismus ihrer Tochter. Als die Tochter einmal die Rede auf die gleichgeschlechtliche Liebe brachte, redeten die Eltern von Irrenhaus oder Zuchthaus. Das Kind wuchs in der Umgebung zweier jüngerer Schwestern auf. Sie wurde nie erheblich geschlagen und erfreute sich guter Gesundheit. Vom 6. bis 16. Lebensjahre besuchte sie eine höhere Töchterschule. Sie blieb niemals sitzen. Über die Töchterschule äußerte sie sich abfällig. Als ich sie fragte, was denn zu ändern sei, sagte sie: „Es kann etwas vernünftiger gedeichselt werden." Dann besuchte sie bis zum 19. Lebensjahr ein Mädchengymnasium, das sie ohne Prüfung verließ. Damals hatte sie die Absicht, sich der Heilkunde zu widmen. Als ich sie darauf aufmerksam machte, daß das Studium der Heilkunde den Damen, wie vom Ministertische ausdrücklich bemerkt wurde, im Interesse der Sittlichkeit eröffnet wurde, und sie nun fragte, was für ein sittlicher Gewinn erwachsen könne, falls Frauenärztinnen gerade diejenigen Frauen würden, deren Sinnlichkeit durch Frauen sich erregen ließe, antwortete sie: „Ich wäre Kinderärztin geworden." Über

das Frauenstudium äußerte sie, sie sei Anhängerin der vollen Freigabe aller Fächer für die Frau, der wenigen, die studieren können, wegen. „Um Gottes Willen sollen nicht alle studieren. Die bleiben doch alle weg, die meisten, die sind doch viel lieber zu Haus." Ich verhehlte ihr nicht meine Bedenken, daß studierte Damen direkt und indirekt das Familienleben beeinträchtigten, indem nun auch Männer immer mehr das Risiko der Familiengründung ablehnen müßten, nachdem ihnen solche Damen die Arbeitsmöglichkeit erschwerten.

Seit ihrem Abgange vom Gymnasium lebt die Dame als Schriftstellerin. Am liebsten würde sie Redaktrize an einem liberalen Blatte.

Die erste Regel hatte sie mit 17 oder 18 Jahren; seitdem hatte sie die Periode fast immer regelmäßig, alle vier Wochen, mäßig stark. Mit 14 Jahren fiel es ihr auf, daß sie für ihre Lehrerinnen schwärmte, nie aber für Tertianer oder Schauspieler, wie ihre Mitschülerinnen. Sie fragte gesprächsweise einen im Hause ihres Vaters verkehrenden Arzt, der ihr sagte: Es gibt doch wohl dreierlei Geschlechter. Noch heute ist sie diesem Herrn dankbar, da er sie ihrer Ansicht nach vor viel Unglück bewahrte. Auf meine Frage hin erklärte sie, daß sie als kleines Kind niemals gedacht habe, sie werde mal wie ihre Mutter eine Hausfrau, sondern sie habe vielmehr gehofft, daß sie noch mal ein Junge werde. Als sie noch langes Haar trug, haben ihr die Straßenjungen nachgerufen: Der Junge hat sich eine Perücke aufgesetzt. Soldatenspiele habe sie mit Knaben gern gespielt. Jetzt trage sie ihren Geburtsschein immer bei sich, da sie öfter von Schutzleuten für einen Mann gehalten werde. Auch in Männerkleidern ist sie bereits öfter aufgetreten. Sie gibt an, daß dies nur verboten sei, wenn sie öffentliches Ärgernis errege und das tue sie eher in Frauenkleidern. Mit einem Mann hat sie niemals in Verkehr gestanden. Entjungfert wurde sie mit 19 Jahren von einer Dame. Das kam folgendermaßen: Sie war zu Besuch auf einem Gute bei Verwandten. Die hatten ein Adoptivkind. Mit diesem etwa gleichaltrigen Mädchen habe sie geistig sehr harmoniert. Nach vierzehn Tagen habe sie es eines Abends vor Sinnlichkeit nicht mehr aushalten können. Sie habe sich daher zu der im Bette liegenden Freundin begeben. Nun haben sie sich geküßt der Art, daß Lippe auf Lippe kam. Durch gegenseitige kräftige Umarmungen und ein starkes Aneinanderdrücken lösten sie gegenseitig ihre Liebesreize aus. Sie war dabei „Vater". Die sapphische Liebe (Cunnilingus femininus homosexualis) ist ihr auch bekannt. Sie hat jedoch vor ihr Widerwillen. Sie hatte niemals das Bedürfnis, eine

Digitized by Google

ganze Nacht in den Armen der Geliebten zu verbringen; drei Stunden genügten ihr jedes Mal. Sie verkehrte etwa wöchentlich einmal. Nach drei Monaten reiste sie ab. Tränen vergoß sie nicht; sie sagt: „weil ich das für überflüssig halte. Es hilft ja doch nichts." Die Treue hielt sie dem Mädchen nicht. Aber: „Ich bin heute mit ihr noch ebenso bekannt. Ich sage immer: »Du bist die einzige.« Das muß man doch sagen wegen der weiblichen Eifersucht." Als ich fragte: Verzeiht eine Frau nicht eher die Untreue des Mannes? sagte sie: „Verzeihen tut sie's wohl auch." Da fragte ich weiter, ob sie selber eifersüchtig sei. Das verneinte sie: „Ich verzeihe alles. Ich würde gar nicht danach fragen. Das ist das sicherste. So was erzählen sie mir doch nicht." Glauben Sie nicht, daß es treue Liebe, wenigstens unter Heterosexuellen gibt? „Ich habe immer so ein etwas mißtrauendes Gefühl, namentlich, wenn es sich um Treue handelt." Des weiteren gibt sie an, schon mit vielen Mädchen verkehrt zu haben. Mit hundert? „Das ist wohl zu viel." Mit zehn? „Ja, das kann sein."

Sind Sie „Vater" oder „Mutter"? „Das kommt darauf an. Je, nachdem." Das erste Mal war ich Vater. Die ganze angesammelte Energie kam da zum Ausdruck. Sonst bin ich entsetzlich faul." Die Rolle des Vaters ist ihr meistens zu unbequem. Es kommt auf die einzelne Geliebte an, ob sie die aktive Rolle, die Rolle „des Vaters", oder die passive Rolle, die Rolle „der Mutter" übernimmt. Was ist denn die Hauptsache, wenn Ihnen ein Mädchen gefällt? „Die Harmonie." Was für eine Harmonie? „Das läßt sich nicht so sagen, eben die ganze Harmonie. Es muß eine Frau sein, die zu mir paßt." Werden Sie in Gegenwart vieler Mädchen sinnlich? „Um Gotteswillen nicht." Gefallen Ihnen von hundert etwa fünfzig? „Nein, von tausend vielleicht eines oder zwei." Halten Sie sich für eine sinnliche oder eine kalte Natur? „Für eine mehr kalte Natur." Haben Sie Männern gegenüber im allgemeinen ein Gefühl des Hasses oder Widerwillens? „Keineswegs." Als Sie in der Pubertät waren, interessierten Sie sich damals für die Beschaffenheit männlicher Genitalien oder hatte diese für Sie kein Interesse? „Ich hatte dafür kein besonderes Interesse, erinnere mich wenigstens dessen nicht, hatte auch schon immer gewußt, wie die Männer aussahen." Haben Männerkörper heute kein Interesse für Sie? „Vom künstlerischen Standpunkte sehr." Wollen Sie nicht einmal mit einem Manne verkehren? „Der Herr soll mich behüten. Ich habe nie was anderes gewollt, als Frauenverkehr." Sie finden also an Männern ein künstlerisches Interesse, weiter keines? „O, ich bin auch mit manchem

befreundet, z. B. mit dem Redakteur H. S., dem Herausgeber der Zeitschrift ..... Zufällig kannte Schreiber dieser Zeilen den Redakteur. Es ist ein junger, der sozialdemokratischen Partei sich nähernder, meist recht polternder Schriftsteller. Auf meine diesbezügliche Frage äußerte das Mädchen: „Das muß man sich austoben lassen. Ich schreibe für seine Zeitschrift, weil er mit mir befreundet ist. Er ist ein lieber Junge." Sind Sie denn auch Sozialdemokratin? „Nein." Frauenrechterin? „Nur wenig." Den Standpunkt welcher Partei vertreten Sie denn? „Ich vertrete immer bloß meinen Standpunkt, der sich dem der freisinnigen Volkspartei nähert. Ich schreibe aber nicht politische, sondern literarische Sachen, Feuilleton, Skizzen und Kritiken. Ich bilde mir nicht ein, daß ich allein bloß ein richtiges Urteil habe, aber ich schreibe gern Kritiken von Romanen zum Beispiel." Sind diese Beurteilungen schroff? „Etwas satyrisch angehaucht, aber nicht schroff."

Was haben Sie denn bezüglich Ihrer Zukunft für eine Absicht? „Abwarten." Wenn Sie nun eine Redaktrizestelle in der Redaktion eines freisinnigen Blattes gefunden haben, wie wollen Sie dann Ihr Leben einrichten? „Ich miete mir ein nettes Zimmer, fern von meinen Verwandten, die mein Benehmen extravagant finden; etwas haben sie sich ja daran schon gewöhnt. Aber Aussetzungen bekommt man dennoch viel zu hören. Ich miete mir also dann ein nettes Zimmer, und wenn mir eine gut gefällt, nehme ich sie mit. Ich bin ihnen auch sehr gut. Mitgehen tun sie auch. Merkwürdig, ich habe kolossales Glück bei Frauen. Die halbe Leipzigerecke läuft mir nach. Die bieten mir oft zwanzig Mark."

Obgleich man in ihrem Vaterhause „ihr jungenhaftes Benehmen" als „übergeschnappt" tadelte, wurde sie „von Männern viel poussiert." Solche Herren erregen sich über ihr souveränes Benehmen und „schweben ab".

Nun brachte ich das Gespräch auf den § 175. Sie wünscht seine Aufhebung. Ich sagte: Glauben Sie denn, daß die gesetzliche Strafe der Hauptnachteil für Homosexuelle ist, oder ist nicht die allgemeine Verachtung viel schlimmer, als die oft recht geringfügige Gefängnisstrafe? Es ist der Trieb ja nicht verboten, sondern ein Nachgeben des Triebes. „Das können sie ihnen aber auch nicht übel nehmen. Ich bin dafür, damit die armen Würmer nicht immer so unglücklich sind, darum. Ich kenne sehr viele, die furchtbar unglücklich sind wegen der sozialen Folgen. Sie verlieren ihre Stellen, sind allgemein geächtet." Glauben Sie denn, daß die Ansicht des großen

Haufens sich durch den Paragraphen wesentlich beeinflussen läßt; oder ist nicht die Ächtung des Mutter werdenden Mädchens, für das eine gesetzliche Strafe nicht besteht, vielmehr ein Beweis, daß die öffentliche Meinung viel schlimmer bestraft, als ein solcher Paragraph? Legen Sie überhaupt soviel Wert auf das, was der große Haufen denkt? „Ich persönlich nicht, aber viele andere." Warum kamen die homosexuellen Männer zu Ihnen, einer Frau? „Sie wollen eine mitfühlende Seele. Sie wollen sich aussprechen. Sie wollen mir was vorklagen." Warum gehen sie da zu einer Frau? „Sie glauben, die verstände sie besser. Sie wollen eine Homosexuelle. Die Frauen sind natürlich mehr auf das Männliche zugeschnitten." Wie groß ihr Verständnis für die männlichen Homosexuellen ist, beweist der Ausspruch: „Ich will in den Kreisen der Homosexuellen (Männer) meiner Vaterstadt nicht verkehren. Das ist mir viel zu kompromittierend. Die Männer sind mir zu große Klatschbasen. Gerade die Homosexuellen halten das gegebene Wort nicht."

Nun lenkte ich das Gespräch auf Krupp. Dieser Unglückliche war ihr schon früher bekannt. Sie äußerte, daß sie ihn schon lange vor der Vorwärtsdenunziation für homosexuell gehalten habe. Warum? „Wegen des Kinnes. Es läßt sich das nicht beschreiben, so der ganze Eindruck." Nun schauen Sie mal, bitte, mein Kinn an. Halten Sie mich für homosexuell? fragte ich im weiteren Gespräche, um ihre Kinndiagnose auf die Probe zu stellen. „Sie tragen einen Bart. Da läßt sich das nicht sagen," war die Antwort.

Die Dame sympatisiert mit Herrn Dr. Hirschfeld und dem wissenschaftlich-humanitären Komitee, hauptsächlich, wie sie angibt, deswegen, weil Herr Dr. Hirschfeld die Homosexualität nicht für eine krankhafte, sondern für eine natürliche Erscheinung erklärt.

Ich hielt ihr vor, daß das doch wohl hauptsächlich Wortstreitigkeiten seien, da es sehr schwer zu sagen sei, was „natürlich" ist. Sie erklärte nun auf meine Frage, daß sie sich auch nicht verletzt fühle, wenn man die Homosexualität als eine Gehirnkrankheit auffasse, die eine leichte Art meistens nicht gemeingefährlichen Irrsinns darstelle.

Bei Beurteilung dieses Falles von Uranismus erschienen mir folgende Punkte von Wichtigkeit:

1. Die großen Wachstumstörungen im Gebiete beider oberen Extremitäten sowie der Augen, ferner das von Jugend an abweichende Benehmen, ihre von der durchschnittlichen verschiedene Ausdrucksweise, ihre Sucht, Männerkleider anzulegen, ihre Ungeniertheit in dem Verkehre

mit Damen der Leipziger Ecke, andererseits ihr Schamgefühl dem männlichen Arzt gegenüber, das grell von ihren Worten absticht, scheinen den Beweis zu liefern, daß wir es hier mit einem, vom durchschnittlichen erheblich abweichenden, Verhalten des Vorstellens und Wollens zu tun haben.

2. Diese erheblichen Abweichungen vom durchschnittlichen Vorstellen und Wollen erscheinen im wesentlichen als angeboren. Schon in der frühen Kindheit hat das Mädchen gewünscht, ein Junge zu werden. Eine wesentliche diesbezügliche Einwirkung durch bewußte oder unbewußte Erziehung scheint ausgeschlossen werden zu können. Ältere oder jüngere männliche Geschwister, deren Gewohnheiten hätten nachgeahmt werden können, fehlen in der Familie ganz. Die beiden jüngeren Schwestern sind häusliche Damen; die eine ist verlobt. Die andere begeistert sich wie jedes unverehelichte, gesunde Mädchen zwar für Herren, nicht aber für Frauen. Auch der von der Dame erreichte Besuch des Mädchengymnasiums erfolgte nach den inständigen Bitten der jungen Dame. Die Familie, namentlich der Vater, hielten diesen Besuch für unnötig und wirkten auf sie ein, das Gymnasium aufzugeben. Die Dame selbst führt ihre Eigentümlichkeiten auf den Wunsch ihrer Eltern, einen Jungen zu erhalten, zurück, der bei ihrer Erzeugung und während der Schwangerschaft der Mutter sehr lebhaft gewesen sei.

3. Übersättigung im Geschlechtsverkehr, ewiger Hunger nach neuen, unerhörten Geschlechtsreizen scheint im vorliegenden Falle ebensowenig eine Rolle zu spielen, wie Verführung, Nachahmung oder mangelnde Möglichkeit der Auslösung geschlechtlicher Reize durch einen Mann. Selbstbefriedigung hat die Dame ihrer Angabe nach niemals getrieben.

4. Das ganze Auftreten der Dame, die ungenierten Antworten, die sie auf meine Fragen gab, machten auf mich durchaus nicht den Eindruck von Lügereien. Auch mir gegenüber hatte das Benehmen der Dame, die, auf beide Ellbogen gestützt, ihre Abendbrötchen verzehrte, einen mannesähnlichen Eindruck. Die Handschrift ist „geschlechtslos", d. h. sie ist weder typisch männlich, noch typisch weiblich. Zeichen, die bei Lügnerinnen oft getroffen werden, (umgekehrte U-bogen, Ausziehen von Buchstaben und Worten sowie überhaupt alle Zeichen des verschlossenen, unehrlichen Charakters) fehlen. Wenn den graphologischen Zeichen allein auch nicht unbedingtes Vertrauen geschenkt werden darf, so geben sie doch immerhin einen Anhaltspunkt ab, der bei vorsichtiger Verwertung, neben anderen Anhaltspunkten, in die Wagschale fallen kann.

Digitized by Google

5. Neben den mannesähnlichen, nicht männlichen Geisteseigentümlichkeiten hat sie auch noch Reste weiblicher Empfindung. Hierhin gehört ihre Freundschaft zu dem stürmischen Redakteur, den sie für einen „lieben Jungen" hält, für dessen Blatt sie, die sonst nüchterne, ruhig überlegende Verstandesnatur, Feuilletons schreibt, wenn sie mit seinen jähen Kampfesweisen und seinem übermäßig schroffen Standpunkte auch gar nicht übereinstimmt. Vielleicht ruht auch in ihrer künstlerischen Teilnahme für nackte Männergestalten noch etwas von weiblicher Empfindung, ohne daß sie darüber ein klares Bewußtsein hat.

Eine ärztliche Behandlung des Falles konnte nicht stattfinden, da die Dame, ganz zufrieden mit ihrem Zustande, einen solchen Versuch gar nicht wünscht. Aber selbst, wenn die Dame einmal die Absicht haben sollte, ihre Empfindungen umzustimmen, dürfte nicht allzuviel zu erreichen sein. In der Theorie könnte man auf den Gedanken kommen, eine solche Uranierin vom weiblichen Verkehr auszuschließen und ihr die Möglichkeit des Männerverkehrs gleichzeitig und reichlich zu geben. Es wäre dann immerhin nicht ausgeschlossen, daß die Dame sich an den Verkehr mit einem Herrn gewöhnte. Diese Theorie ist nicht so aussichtslos, wie es auf den ersten Blick scheint; ich habe als Arzt einer Prostituierten-Station oft Gelegenheit zu sehen, wie Mädchen, die Jahre lang, etwa durch das neue Fürsorge-Erziehungsgesetz von Männern ausgeschlossen werden, sich an sapphistische Freundschaften derart gewöhnen, daß selbst, wenn die Mädchen wieder in der Freiheit sind, die lesbischen Freundinnen männlichen Geliebten vorgezogen werden. Ein Arzt, der den herrschenden sittlichen und gesellschaftlichen Anschauungen Rechnung trägt, könnte, falls seine Hilfe von einer solchen Uranierin in Anspruch genommen wird, etwa folgende Heilvorschläge machen:

1. Die Frau enthält sich jeglichen geschlechtlichen Verkehres. Sollte ihr das schwerfallen, so werden ihr zur Bekämpfung etwaiger übermäßiger Sinnlichkeit Antaphrodisiaca (Camphora monobromata in Vaginalkugeln à 0,7, Hopfentee, Kampherbaldrianpillen, physikalische Mittel) zur Verfügung gestellt.

2. Fleiß und ernste Arbeit sind sehr nützliche, kaum ganz versagende Hilfsmittel.

3. Suggestion, meines Erachtens am besten in der Form, daß man auf die Nichtbefriedigung des größten Teiles der Kulturmenschen hinweist, sei es, daß eine Ehe unmöglich oder eine schrankenlose Befriedigung in der Ehe pekuniär schädlich ist. Gelingt es, den Neid

aus dem Herzen derer zu nehmen, die geschlechtlich unbefriedigt sind, indem man ihnen zeigt, daß sie einem Trugbilde nachgehen, welches weder außer der Ehe, noch in der Ehe für die meisten ohne Gefahren erreichbar ist, dann kehrt oft mit dem schwindenden Neide beginnende Zufriedenheit ein. Die Handlungen wird man auf diese Weise einschränken können. Den Trieb eines Uraniers zu ändern, dürfte nur selten möglich sein. Seelische Hermaphrodisie und Homosexualität aus Entbehrung des normalen Verkehrs bieten bessere Aussichten.

Am Schlusse der Arbeit möchte ich auf eine Einrichtung des Charlottenburger „wissenschaftlich-humanitären Komitees zur Aufhebung des § 175 des Reichsstrafgesetzbuches" hinweisen. Alle drei Monate finden in Berlin Homosexuellen-Versammlungen statt, zu denen Richter, Staatsanwälte, Ärzte Zutritt haben, wenn sie die Absicht äußern, das Treiben der Homosexuellen aus eigener Anschauung kennen lernen zu wollen. Wenn ich auch sonst nicht in allen Punkten auf dem Standpunkte Hirschfelds stehe, so versage ich ihm nicht meine volle Anerkennung für die Güte und Bereitwilligkeit, mit der er auch mir Gelegenheit bot, die Zahl meiner homosexuellen Bekannten erheblich zu vermehren.

Sexualorgane und Frauentracht.

Von **Dr. R. Glitsch**, Frauenarzt in **Stuttgart.**

Paul Schultze-Naumburg[1]) hat das große Verdienst, die Mängel unserer modernen Frauenkleidung an den Pranger gestellt und auf eine naturgemäße weibliche Kleidung hingewiesen zu haben. Schultze ist Künstler und es war deshalb zu erwarten, daß seine Ausführungen sich vorwiegend vom ästhetischen Standpunkt aus bewegen würden; immerhin hat er auch auf die schweren hygienischen Schäden hingewiesen, die dem Organismus der modernen Frau aus ihrer unzweckmäßigen und schädlichen Kleidung erwachsen. Der Mahnruf Schultzes hat, wie man gestehen muß, eine große und tiefgreifende Bewegung gezeitigt, eine Reformkleidungsindustrie ist aus dem Boden gewachsen, die sicherlich von einer Reihe wohltätiger Folgen begleitet gewesen ist. Trotzdem muß die Reformkleidungsbewegung nach einer Seite hin schwere Bedenken erregen: die Mode hat sich ihrer bemächtigt und

[1]) „Die Kultur des weiblichen Körpers als Grundlage der Frauenkleidung." (Leipzig 1903.)

Digitized by Google

was das heißen will, läßt sich leicht ermessen, wenn man bedenkt, daß die oberste Richtschnur der Mode noch niemals hygienische oder ästhetische Prinzipien, sondern stets nur die ödeste Sucht nach Abwechslung gewesen ist. Das kann uns stutzig machen und Vorsicht in der Beurteilung der Reformkleidungsbewegung empfehlen. Immerhin können wir uns fürs erste freuen, daß ein wenn auch nur schwacher Funke der Einsicht in das Unsinnige unserer modernen Frauenkleidung bei unseren Frauen und Müttern allmählich zu dämmern scheint.

Die Gründe, welche nachdenkende Menschen für die Beseitigung unserer jetzigen Frauenkleidung angeführt haben, sind also ästhetische und hygienische. Die ersteren haben uns hier nicht weiter zu beschäftigen, lassen sich aber doch gelegentlich streifen, wenn man im Auge behält, daß die Grundlage beider gemeinsam ist, nämlich das Natürliche. Unnatur ist unästhetisch und unhygienisch zugleich. Daß die moderne Frauenkleidung im allgemeinen, und das für gewöhnlich gebräuchliche Schnürkorsett im speziellen, unnatürlich sind, wird heutzutage wohl kaum mehr von ernsthaften Menschen im Ernst bestritten werden können. Die Schäden, die es gestiftet hat, sind zu offenkundige, ohne daß deshalb gleich an Schnürleiber, Schnürmägen, Schnürmilzen usw. gedacht werden müßte. Als Frauenarzt möchte ich hier speziell auf die Frage näher eingehen, inwieweit das Korsett (wir können dasselbe ruhig für Frauenkleidung im allgemeinen setzen, da es das A und O der letzteren ist) die spezifisch weiblichen Funktionen des Körpers schädlich beeinflußt, d. h. inwieweit es geeignet ist, die Frau und ihren natürlichen Beruf der Fortpflanzung zu schädigen, beziehungsweise dieselbe ganz unmöglich zu machen. Ich möchte dann fernerhin auf die Frage eingehen, welche allgemeine Prinzipien bei einer naturgemäßen, nicht gesundheitswidrigen Frauenkleidung zu befolgen sein werden.

In Hinsicht auf unsere erstere Frage müssen wir unterscheiden:

1. den in Entwicklung begriffenen weiblichen Körper;
2. den weiblichen Körper auf der Höhe seiner Entwicklung, d. h. der Geschlechtsreife, — und
3. den weiblichen Körper während der Erfüllung seiner naturgemäßen Funktion, nämlich im Zustand der Schwangerschaft und des Wochenbetts.

Kann das im allgemeinen gebräuchliche Schnürkorsett auf die Generationsorgane des Weibes einen ungünstigen Einfluß haben? Zur Beantwortung dieser Frage müssen wir die Anatomie der weiblichen

Digitized by Google

Geschlechtsorgane einerseits, sowie die Beschaffenheit des Schnürmieders andererseits einer kurzen Betrachtung unterziehen. Die Generationsorgane des Weibes liegen alle in der Tiefe des kleinen Beckens verborgen und erheben sich unter normalen Verhältnissen, vom schwangeren Zustand abgesehen, über die Linea innominata nicht empor. Daraus geht hervor, daß ein den Körper einschnürendes Kleidungsstück einen direkten Druck auf die Generationsorgane auszuüben nicht im Stande ist. Es herrscht nun aber in der Bauch- und der mit ihr in direktem Zusammenhange stehenden Beckenhöhle ein konstanter Innendruck, der im Wesentlichen dem Tonus der Bauchdeckenmuskulatur direkt perperonal, daneben kleinen Schwankungen unterworfen ist, die vom Füllungszustand der Därme, der Blutgefäße, endlich in periodischer Weise von der Bewegung des Zwerchfells abhängig sind. Alle Faktoren, welche den Bauchhöhlendruck verkleinern, erhöhen den Innendruck, alle, welche ihn erweitern, verringern ihn. Die Organe des kleinen Beckens stehen demnach ebenfalls, wie diejenigen der Bauchhöhle unter einem konstanten geringen Schwankungen unterworfenen Druck. Lage und Haltung der Beckenorgane ist, soweit sie frei beweglich sind, von diesem Drucke abhängig. Diese freie Beweglichkeit hat nun bekanntlich ihre Grenzen in einem System von Befestigungen, dem Bandapparat, der die Geschlechtsteile mit der Beckenwand einerseits, mit den benachbarten Organen andererseits verbindet und in einem ziemlich stabilen Verhältnis festhält. Unter pathologischen Verhältnissen können diese Befestigungen ihre Funktionen mehr oder weniger einbüßen. Das kleine Becken ist weiterhin nach unten durch den Beckenboden abgeschlossen, der nur durch die Öffnungen für Anus, Vagina und Urethra durchbrochen wird. Die muskulöse Beschaffenheit des Beckenbodens, sowie die den drei genannten Öffnungen eigentümlichen Ring- oder Schließmuskeln halten die letzteren für gewöhnlich fest geschlossen und verhindern dadurch neben dem Bandapparat ein Herabsenken der Beckenorgane nach außen, das ein erhöhter Bauchhöhlendruck herbeizuführen im Stande sein müßte. Soviel kurz über die Anatomie der Beckenorgane.

Das Schnürkorsett nun besteht aus einem infolge der Einlage von Fischbein- oder gar Metallstangen mehr oder weniger unnachgiebigen, starren Panzer, der den Körper in einer Ausdehnung fest umschließt, welche von einer durch die Brustlagen gelegten Horizontalebene einerseits bis zu einer solchen etwa durch die Spinae anteriores superiores gelegten andererseits begrenzt ist. Innerhalb dieses Gebietes

Digitized by Google

ruft ein eng geschnürtes Korsett einen konstanten Druck auf die darunterliegenden Teile, d. h. Brustkorb, Bauch- und Beckenhöhle aus, während ein weites Korsett, was stets im Auge zu behalten ist, diesen konstanten Druck zwar nicht immer äußert, dagegen den periodischen Atembewegungen einen gleichmäßigen Widerstand entgegensetzt, der sich in erster Linie an den unteren Partien des Thorax geltend macht, aber auch durch Einengung der Bauchhöhle indirekt auf die Zwerchfellbewegung und damit die Atmung, zurückwirkt.

Über die schädlichen Einflüsse des engen Korsetts auf die Generationsorgane kann ich mich kurz fassen, da sie ja allgemein bekannt sind: eine Relaxation des Bandapparats oder eine Erweiterung der natürlichen Öffnungen am Beckenboden vorausgesetzt, wird durch den konstanten Druck, den J. Thiersch[1]) auf 1—2 kg. bestimmt hat, zweifellos eine Verschiebung der einzelnen Geschlechtsorgane gegen einander eintreten können, ganz besonders wenn der dem Korsettdruck häufig noch entgegenwirkende, oder ihn sogar paralysierende Tonus der Bauchdeckenmuskulatur, einer mangelhaften Wochenbettspflege oder einer gerade durch das Korsett bedingten schlechten Entwicklung zum Opfer gefallen ist. Retroflexionen, Vorfälle, Kloniere werden ihre Ursachen zum teil einem derartig erhöhten Bauchhöhlendruck verdanken; jedenfalls sind aber diese Zustände auch noch von einer ganzen Reihe anderer Faktoren abhängig, die wir in ihrem gegenseitigen Verhältnis nicht immer genau zu beurteilen verstehen.

Daß aber auch ein angeblich weites Korsett weitgehende Schädlichkeiten im Gefolge haben könne, das will sogar manchen Ärzten noch nicht in den Kopf. Frägt man eine Frau in der Sprechstunde: Tragen Sie ein Korsett?, so ist die stereotype Antwort: Ja, aber nur ganz lose, oder: Ja, ich kann aber noch bequem die Hand dazwischen stecken. Eher wird ein Kameel durch ein Nadelöhr gehen, als daß eine Frau zugibt, sie sei eng geschnürt. Mit dem letztgenannten Einwand hat es aber eine eigene Bewandtnis: Zunächst liegen an denjenigen Stellen, wo das Experiment mit der Hand vorgenommen zu werden pflegt, Weichteile, die demselben keinen Widerstand entgegensetzen, nämlich eben die Brust und unten die weichen Bauchdecken, in die Mitte, d. h. die Taille und den unteren Brustkorb, wo das Korsett am festesten sitzt, läßt sich die Hand gar nicht hinbringen;

---

[1]) „Über Korsett und Reformkleidung." (Münch. med. Wochenschrift. Nr. 23. 1900.)

außerdem zieht jede Frau, wenn sie die Handprobe macht, ihren Leib durch forcierte Exspiration unwillkürlich ein, sodaß auch nach dieser Hinsicht Schwierigkeiten für die eingehende Hand nicht mehr bestehen. Dieses Experiment beweist also gar nichts.

Inwieweit auch ein lose sitzendes Korsett auf die Generationsorgane ungünstig einwirken kann, hat Menge[1]) in einem Vortrag im Leipziger Verein für Verbesserung der Frauenkleidung sehr anschaulich gezeigt. Darnach sind es besonders indirekte Einflüsse, welche zunächst den ganzen Körper gleichmäßig treffen, in seiner Ernährung herabsetzen, und so auf die Fortpflanzungsorgane rückwirken. Der Gang dieses Prozesses ist folgender: Zunächst Behinderung von Atmung, Zirkulation und Verdauungstätigkeit, im weiteren allgemeine und lokalisierte Ernährungsstörungen, Unregelmäßigkeiten der Blutbildung, der Gewebeatmung, des Stoffwechsels. Endlich regressive, degenerative Zustände in den verschiedensten Organen.

Was die Unterleibsorgane betrifft, so unterliegen diese den schädlichen Einflüssen des Korsetts in ganz besonderem Maße deshalb, weil dasselbe fast durchweg gerade in demjenigen Alter erstmals angelegt wird, in welchem die genannten Organe sich für ihren späteren Beruf zu entwickeln beginnen. Das Resultat wird demnach eine Entwicklungsstörung sein teils der Art, daß nach Menge der ganze Fortpflanzungsapparat unentwickelt, funktionell also durchaus unbrauchbar bleibt, teils dadurch, daß die Entwicklungsstörung eine mehr partielle ist, die physiologische Tätigkeit des Geschlechtsapparats also zwar eintritt, funktionell aber ebenfalls unzulänglich bleibt.

Auf der Höhe der Geschlechtsreife wirken die Stoffwechselstörungen natürlich fort, besonders im Sinne einer regressiven Metamorphose oder von chronisch-entzündlichen Zuständen. Hierher wären nach Menge besonders zu rechnen die chronische Copheritis, Degenerationen der Uterusmuskulatur, chronische Endometritiden. Die weiteren Folgen dieser Zustände sind chronische Unterleibsbeschwerden der verschiedensten Art, Mens- und Metrorrhagien, nicht so selten dauernde Sterilität, die ihre direkte Ursache entweder in der verkümmerten Funktion des Eierstocks oder in pathologischer Veränderung der Uterusschleimhaut haben kann.

Daß während der Schwangerschaft die Folgen des Korsetts noch

---

[1]) „Über die Einwirkung einengender Kleidung auf die Unterleibsorgane, besonders die Fortpflanzungsorgane des Weibes." (Leipzig, Thieme, 1904.)

viel direktere und eingreifendere sind, braucht nicht weiter auseinandergesetzt zu werden; daß die Ernährung der Frucht unter den allgemeinen Verhältnissen leidet, kann wohl nicht bezweifelt werden und es dürfte nicht undenkbar sein, daß der habituelle Abort, sofern er seine Ursache nicht in einer latenten Lues hat, mit dem Tragen eines Korsetts in Zusammenhang zu bringen wäre.

Nach den Gesagten begreift es sich, wenn wir der Frage der Frauenkleidung gerade in diesen, der sexuellen Hygiene gewidmeten Blättern, Aufmerksamkeit schenken.

Die Ursachen der Erkrankungen der weiblichen Generationsorgane können wir in endogene und exogene einteilen. Inwieweit wir im Stande sind oder noch sein werden, gegenüber den endogenen Krankheitsursachen wirksame Vorbeugungsmittel zu finden, gehört nicht hieher. Sicher aber ist, daß gerade der exogene Charakter der zweiten Gruppe uns zugleich den Weg zeigt zu einer aussichtsreichen Bekämpfung derselben. In diese Gruppe der exogenen Schädlichkeiten wären zu rechnen:

a) unzweckmäßige Kleidung und Wohnung (diätetische Momente)
b) infektiöse Momente
c) Geburt und Wochenbett.

Diese Schädlichkeiten können natürlich auch kombiniert wirken, so ganz besonders a + c und b + c. Jede dieser Schädlichkeiten hat im Leben der Frau eine bestimmte Periode, innerhalb welcher sie zu besonderem Einfluß gelangen kann und zwar decken sich diese Perioden ungefähr mit unserer oben gegebenen Einteilung. Unzweckmäßige Kleidung hat die schlimmsten Folgen im Entwicklungsstadium, gelangt das Weib zur Geschlechtsreife, so drohen die Infektionen, allen voran die gonorrhoische, ihre unheilvolle Wirksamkeit zu entfalten, Geburt und Wochenbett endlich bringen die Frau in einen Zustand, in dem sie allen Fährlichkeiten, die ihren Geschlechtsorganen drohen, doppelt leicht zum Opfer wird. Relaxation des Beckenbodens, mangelhafte Farolution, puerperale Infektion spielen hier ihre Rolle.

Daß die Generationsorgane durch unzweckmäßige, beengende Kleidung gerade im Entwicklungsalter am unheilvollsten beeinflußt werden, ist oben schon angedeutet worden und begreift sich nach dem Gesagten leicht. Nicht sowohl der direkte Druck auf die Unterleibsorgane, als vielmehr die Behinderung der Atmung, der Blutzirkulation, der Hautfunktion ist es, die auf dem Wege einer mangelhaften Blutbildung, eines ungenügenden Stoffwechsels die schwersten Schädigungen

Digitized by Google

im ganzen Körper, ganz besonders in denjenigen Organen hervorruft, deren Entwicklung während der genannten Epoche im Mittelpunkt steht und sekundär wieder durch eine Fülle der feinsten Beziehungen, namentlich nervösen Verbindungen auf den Gesamtorganismus zurückwirkt. Wenn demnach das Tragen eines Korsetts im erwachsenen Zustand als unzweckmäßig und schädlich bezeichnet werden muß, so qualifiziert sich die Handlungsweise einer Mutter, die ihrer Tochter im entwicklungsfähigen Alter einen Schnürpanzer anlegt, geradezu als Sünde.[1]) Als einzige Entschuldigung mag hier gelten, daß die meisten Frauen bisher über die Folgen des frühzeitigen Korsetttragens gar nicht oder nur mangelhaft aufgeklärt waren und deshalb mag man noch ausrufen: Vergib ihnen, denn sie wissen nicht, was sie tun! In Zukunft kann aber diese Entschuldigung nicht mehr gelten, da ja von allen kompetenten Seiten, Künstlern und Ärzten, Material genug zusammengetragen ist, um auch dem Blindesten die Augen zu öffnen. Gerade wir Ärzte, die wir vermöge unseres Berufes leichter als jeder andere in die Lage kommen, Gesundheit und Körper betreffende Dinge in freiester Weise zur Sprache zu bringen, sollten in unserem Wirkungskreise keine Gelegenheit versäumen, Mütter und Töchter, ganz besonders aber die ersteren, immer wieder auf die Gefahren des Korsetts hinzuweisen und zur Anschaffung eines geeigneten Ersatzes zu drängen.

---

[1]) Bei einer unter den Teilnehmerinnen einer Frauenarbeitsschule veranstalteten Umfrage habe ich folgende Auskünfte erhalten: Von 75 im durchschnittlichen Alter von 15—17 Jahren stehenden Mädchen haben niemals ein Korsett getragen: 8 = 10,95%. Von diesen ist die Älteste 17 Jahre alt. Zeitweise tragen Korsett: 5. Zur Zeit tragen kein Korsett, dagegen haben früher oder später eines getragen: 15. Die übrigen 47 tragen stets ein Korsett. Erstmalig angelegt wurde das Korsett:

1	mal	im	8. Lebensjahr (!)	
1	„	„	9.	„	
4	„	„	10.	„	
2	„	„	11.	„	
13	„	„	12.	„	
10	„	„	13.	„	53 = 79,1 %
30	„	„	14.	„	
4	„	„	15.	„	
1	„	„	17.	„	
1	„	„	18.	„	

Die weitaus größte Mehrzahl (79,1 %) legt demnach das Korsett beim Austritt aus der Schule bezw. in den letzten Schuljahren an.

Es wird im Folgenden die Frage aufzuwerfen sein, ob die Bemühungen einen geeigneten Ersatz zu finden, aussichtsvoll sind und wie ein solcher am zweckmäßigsten beschaffen sein muß. Jeder Arzt, der schon den Versuch gemacht hat, einer Frau, die von jeher ein Korsett getragen hat, dasselbe abzusprechen, wird folgende Einwände zu hören bekommen:

1. „Ohne Korsett habe ich eine schlechte Figur." Über diesen Einwand kann ruhig zur Tagesordnung übergegangen werden, denn Frauen, welche unsinnig nach oben gedrängte Brüste, durch die man an die schlimmsten Formen einer Hypertrophia mammae erinnert wird, oder einen nach abwärts gedrängten Fettbauch, durch den der äußere Habitus gesegneter Umstände gewissermaßen in Permanenz erklärt wird, für schöner und erstrebenswerter halten als eine ungezwungene, natürliche Gestalt, sollen ihr Korsett ruhig weiter tragen.

2. „Ohne Korsett friere ich." Dies ist zuzugeben, doch wird jede Frau sich rasch an die veränderten Verhältnisse gewöhnen, kann auch, wenn nötig, sich durch geeignete Unterkleidung vor Kälte schützen.

3. „Ohne Korsett habe ich keinen Halt." Dieser Punkt scheint mir der wichtigste und nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen zu sein, sofern es sich um erwachsene Frauen handelt, welche seit frühester Zeit an das Korsett gewöhnt sind. Tatsächlich ist in solchen Fällen die Rückenmuskulatur in der Entwicklung zurückgeblieben und versagt beim Ablegen des Korsetts ihren Dienst als Rumpfhalter. Wenn man nun auch zugeben muß, daß im Lauf der Zeit unter Zuhilfenahme körperlicher Übungen die atrophische Muskulatur wieder zu annähernd normalen Funktionen zurückgeführt werden könnte, so wird die Zahl derjenigen Frauen, die sich zu diesem Versuch verstehen würden, zur Zeit noch verschwindend klein sein. Wir müssen uns also in der Hauptsache darauf beschränken, unsere Forderungen für die heranwachsende weibliche Jugend geltend zu machen. Dazu kommt nun noch der weitere wichtige Punkt, daß unsere ganze moderne Frauentracht auf das Korsett zugeschnitten und ohne dasselbe nur schwierig getragen werden kann.

Dieser Umstand hat bekanntlich dazu geführt, für die sogenannte Reformtracht einen ganz neuen Schnitt aufzustellen. Welche Anforderungen müssen wir an eine Frauentracht stellen, welche nicht auf dem Korsett basiert? Oder: Welche Frauentracht paßt sich dem Körper in seiner natürlichen Form am ungezwungensten an, ohne ihn

Digitized by Google

einseitig zu belasten. Um es gleich zu sagen: erfüllt die jetzt so sehr gepriesene „Reformtracht", welche alle Last auf die Schultern legt, die berechtigten Anforderungen in hygienischer Beziehung ganz und gar nicht. Noch mehr, sie entspricht auch der natürlichen Gestalt des weiblichen Körpers in gar keiner Weise. Sie ist deshalb unnatürlich, unhygienisch und unästhetisch. Schultze-Naumburg hat sich wohl gehütet, in bezug auf die äußere Form, das Exterieur, einer natürlichen Frauentracht bestimmte Direktiven zu geben, er hat sich lediglich darauf beschränkt, die allgemeinen Grundsätze aufzustellen, nach denen man sich in Zukunft zu richten haben würde. Es hat aber, was sich nicht leugnen läßt, in seiner temperamentvollen Weise das Kind mit dem Bade ausgeschüttet.

Die Quintessenz aller seiner Ausführungen ist: der weibliche (überhaupt der menschliche) Körper hat von Natur keine „Taille", d. h. keine Einziehung zwischen Brustkorb und Beckenschaufel. Die Die Linie, die beide verbindet, ist mehr oder weniger eine gerade, wo wir dagegen eine gebogene Linie finden, ist dieselbe abnorm oder Kunstprodukt und eben gerade durch langes Korsetttragen hervorgerufen. Einer der besten Kenner der menschlichen Gestalt, G. Fritsch, ist es gewesen, der gegenüber Schultze-Naumburg auf das entschiedenste betont hat, daß der normale Mensch von vornherein eine Tailleneinsenkung besitzt. Ich lasse hier Fritsch[1]) am besten selber sprechen.

„Der obere Teil des Rumpfes, welcher speziell zur Aufnahme der Respirations- und Zirkulationsorgane bestimmt ist, trägt in seiner Wandung knöcherne Spangen, die Rippen, deren Aufgabe es ist, den für die Ausdehnung der Lungen nötigen Binnenraum zu schaffen und zu erhalten. Durch solche Ausstattung der Wandung mit festen Stützpunkten ist dafür gesorgt, daß auch im Stadium der tiefsten Ausatmung dieselbe nicht unter ein bestimmtes Maß eingezogen werden kann."

„Diese Stützpunkte hören am unteren Ende des Brustkorbes plötzlich auf und Weichteile, Muskeln und Bänder treten an ihre Stelle. Die flach ausgebreiteten, muskulösen Organe, besonders der Musculus transversus abdominis, umspannen die nachgiebigen inneren Organe und üben durch die ihnen innewohnende Spannung, den sogenannten Muskeltonus, einen gewissen Druck auf sie aus. Es wäre anatomisch

[1]) „Reformtracht oder Normaltracht?" (Politisch-Anthropologische Revue, Januar 1904.)

durchaus unverständlich, daß sich dieser Druck normalerweise nicht sollte bemerkbar machen."

„Es kommt hinzu, daß abwärts von dem durch Weichteile begrenzten Abdomen sich der Beckenabschnitt des Skelettes mit einer gewissen Plötzlichkeit anfügt und als fester Träger der mächtigsten Muskeln des Körpers sofort einen erheblichen Umfang gewinnt, der im normalen Zustande durch die Einlagerung der Oberschenkelknochen mit ihren großen Rollhügeln nach abwärts alsbald eine weitere Verbreiterung erfährt."

„So ist durch den Wechsel von Wandungen mit knöchernen Stützpunkten und solchen, die derselben entbehren, der Rumpf von der Natur tatsächlich „in zwei Teile zerrissen", daran wird keine Reformtracht etwas ändern, gleichviel, ob man dies Merkmal des Menschen ästhetisch findet oder nicht."

Fritsch hat seine Behauptungen durch eingehende anatomische Untersuchungen bewiesen. Aber auch der Nicht-Fachmann wird, sofern er einen einigermaßen kritischen Blick besitzt, die Richtigkeit dieser Angaben zugeben müssen. Freilich wird sich in unserer korsettverbildeten Zeit wohl nur außerordentlich selten ein Objekt finden lassen, an dem die genannten Verhältnisse in einwandsfreier Weise zu studieren wären. Gelegentlich findet sich aber doch ein solches und ich habe selbst Gelegenheit gehabt, an zwei Landmädchen, die mir auf das Bestimmteste versicherten, niemals ein Korsett getragen zu haben und die nicht den geringsten Grund hatten, unwahre Angaben zu machen, die Tailleneinsenkung festzustellen.

Ebenso kann uns ein Blick auf antike Vorbilder davon überzeugen: es sei hier an die Venus von Milo erinnert, die Schultze zwar nicht gelten läßt, die Vatikanische Venus und viele andere Beispiele antiker Plastik, aus neuerer Zeit an die drei Grazien Reynaulds, an die Venus von Bonguereau, die auch Fritsch mit Recht anführt. Dagegen ist die Sängerin M. Falguière, zu der Cléo de Mérode Modell gestanden hat, der Typus eines korsettverbildeten weiblichen Torsos. Auch die weiblichen Modelle von Fritsch („Die Gestalt des Menschen)[1]) zeigen die natürlichen Verhältnisse klar und anschaulich, ebenso die von Stratz[2]) gegebene Abbildung eines Scheveninger Mädchens, das nie Korsett getragen hat. Desgleichen sind die Naturvölker deutliche

[1]) Fritsch: „Die Gestalt des Menschen". (Stuttgart, Paul Neff, Verlag. 1899).

[2]) „Schönheit des weiblichen Körpers". (Stuttgart, Ferd. Enke).

Digitized by Google

Beispiele für das Vorhandensein einer natürlichen Tailleneinsenkung, man vergleiche die Abbildung des javanischen Mädchens bei C. H. Stratz (Schönheit des weiblichen Körpers), die geradezu typischen Abbildungen seiner Japanerinnen in: „Die Körperformen in Kunst und Leben der Japaner (vgl. hierzu besonders Abbildung 21). Wo in der Ruhe die geschilderten anatomischen Verhältnisse nicht so klar hervortreten, genügt oft die kleinste natürliche Bewegung, um dieselben aufs deutlichste in die Augen springen zu lassen. Wer sich näher für diese Dinge interessiert, dem ist außer den genannten Werken von Fritsch und Stratz besonders noch des letzteren „Rassenschönheit des Weibes" und „Die Frauenkleidung" zur Lektüre sehr zu empfehlen.

Es kann somit keinem Zweifel unterliegen, daß die Bestrebungen, die Tailleneinsenkung als Befestigungspunkt für die weibliche Kleidung schlechthin zu eliminieren, so lobenswert sie auch in der Tendenz sein mögen, weit über das Ziel hinausschießen. Es wäre auch schlimm, wenn die vielen Frauen aus dem Bauernstand, die seit undenklichen Zeiten ihr Leben lang vier bis fünf schwere Röcke um die Weichen befestigt getragen und schwere Arbeit damit verrichtet haben, mit diesem System, das ihnen sicher keinen Schaden gebracht hat, in Bausch und Bogen brechen sollten. Bei diesen Frauen findet man allerdings eine ganz schmale Schnürfurche, die aber für die darunter liegenden Organe sicher ganz bedeutungslos ist. Man denke ferner daran, wieviel Männer aus dem Arbeiterstande ihre Beinkleider ebenfalls nur mit einem schmalen Gürtel befestigen und damit ihr ganzes Leben streng arbeiten.

J. Thiersch[1]) hat auf experimentellem Wege gefunden, daß die Druckmittelwerte, welche am menschlichen Körper mit einem eigens konstruierten Druckmesser gewonnen wurden, bei tiefster Einatmung betragen:

über der Taille 2,1 kg
über dem unteren Brustkorb 3,1 kg
über dem oberen Brustkorb 4,1 kg.

Vergleicht man diese Zahlen mit dem gemeinsamen Anfangsdruck von 1,2 kg im Mittel, so ergibt sich: Die Druckerhöhung, welche durch die Atembewegungen auf die einzelnen Teile des Rumpfes ausgeübt wird, beträgt für die Taille 0,9, für den unteren Brustkorb 1,9 und für den oberen Brustkorb 2,9 kg; die Druckerhöhung ist also an

[1]) l. c.

Digitized by Google

der Taille eine relativ geringe, beträgt aber am oberen Brustkorb d. h. etwas oberhalb der Brustwarzen nahezu 3 kg. Hieraus geht hervor, daß auch bei unseren gebräuchlichen Korsetten die Taille wohl die am wenigsten gefährdete Stelle ist, der Brustkorb dagegen am stärksten.

Was wir also im Interesse einer rationellen weiblichen Kleidungshygiene verlangen müssen, ist vor allen Dingen:

Der Brustkorb muß vollständig frei von beengenden Kleidungsstücken bleiben. Außerdem ist es nicht angängig, das gesamte Kleidergewicht an den Schultern aufzuhängen. Dadurch wird die Atmung ebenfalls nicht unwesentlich beeinträchtigt und es kommt hier noch dazu, daß dadurch gerade die für tuberkulöse Prozesse besonders disponierten Partien, nämlich die Lungenspitzen in ganz hervorragendem Maße an der Entfaltung und freien Ventilation behindert werden. Das Gewicht der Kleidung muß möglichst gleichmäßig auf den ganzen Körper verteilt werden. Diese „statische Verteilung der Last" muß, wie auch Fritsch betont, bei der Frauentracht eingehend berücksichtigt werden. Da eine Befestigung von Kleidungsstücken am Rumpf, sofern sie sich auf die Weichen d. h. die Tailleneinsenkung beschränkt, durchaus unschädlich ist und man durch geeignete Gürtel auch noch die Beckenschaufeln mitbelasten kann, so darf eine naturgemäße Kleidung Schultern und Hüften gleichmäßig belasten, sofern sie nur nicht auf den sich ausdehnenden Thorax einen beengenden Druck ausübt.

Dies läßt sich erreichen mit Hilfe eines kombinierten Systems, sei es in Form der aus einem Stück gewobenen „Combinations", welche von den Schultern bis zu den Knien gehen, oder dadurch, daß die bisher schon als Korsettersatz benutzten Leibchen mit Achselbändern in Verbindung mit einem Gürtel gebracht werden, der auf den Darmbeinkämmen fest aufliegend keinesfalls höher als ca. 1 Querfinger unterhalb des Rippenbogens reichen darf. An diesem Gürtel können zweckmäßig noch Strumpfbänder befestigt werden. Festes, unnachgiebiges Material (Fischbarten und Metallstangen) müssen vermieden werden. Modelle für derartige kombinierte Systeme finden sich in einem, von Dr. Kiesewetter herausgegebenen „Reform-Moden-Album" (Verlag von Vobach & Co., Berlin und Leipzig) und sind auch sonst gelegentlich anzutreffen. Sie lösen auch das Problem am befriedigendsten, eine natürliche Reformtracht in die Wege zu leiten, ohne die alte durch Tradition und Sitten überkommene Form einfach bei Seite zu schieben, wie es bei der sogenannten Reformtracht leider der Fall ist.

Um zum Schlusse zu kommen: Wenn in einer unzweckmäßigen Kleidung die Ursache für eine große Reihe von Erkrankungen der weiblichen Generationsorgane gegeben ist, wenn gerade im Entwicklungsstadium die größten Schäden gestiftet werden, wenn andererseits durch eine naturgemäße hygienische Bekleidung diese unverantwortlichen Schäden verhütet, etwa schon bestehende aber gemildert werden können, warum macht die Rückkehr zur Natur, zur natürlichen Frauentracht keine rascheren und zielbewußteren Fortschritte? Weil erstens ein großer Teil unserer Frauenwelt leider immer noch nicht sehen will oder kann, wenngleich es allmählich zu dämmern beginnt. Diesen Indolenten kann man nur mit Menge zurufen, daß es ihre verdammte Pflicht und Schuldigkeit ist, im sozialen Gesamtinteresse „die Eitelkeit zu unterdrücken und die unhygienische Kleidung über Bord zu werfen". Denn die „Eitelkeit drückt die großen Gesichtspunkte bei der Frau zu oft an die Wand, und so geht denn täglich infolge einer angeblich schönen, aber durchaus gesundheitswidrigen Kleidung eine Unsumme von Volksgesundheit und damit von Volkswohlstand verloren." In diesem Kampf gegen Eitelkeit, Unverstand und Indolenz stehen die Ärzte in erster Linie; wir wollen hoffen, daß auch sie sich ihrer sozialen Pflicht erinnern und für ihren Teil dafür sorgen, daß wir gesunde, unverkümmerte Frauen und Mütter erhalten.[1])

Zweitens wird aber der Kampf gegen die bisherige Frauentracht durch ungeeignete Waffen erschwert. Auf dem Wege der sogenannten Reformkleidung kommen wir nicht weiter, wir sind damit in eine Sackgasse geraten. Die „Reformkleidung" leistet im Kampf gegen das Korsett nichts Besseres, als im Kampfe gegen den Alkohol die alkoholfreien Getränke, die wohl mehr als einen bußfertigen Sünder wieder wankelmütig gemacht haben mögen. In beiden Fällen handelt es sich um einen Versuch mit untauglichen Mitteln. Die ästhetischen und technischen Gesichtspunkte, die bei der Konstruktion einer naturgemäßen Frauentracht in Betracht kommen, mögen hier nicht weiter untersucht werden; man wird auch hier sagen können: Wo ein Wille ist, da ist auch ein Weg. Uns Ärzten bleibt indessen nur übrig, auf die schädlichen Folgen des Korsetts immer und immer wieder hinzuweisen und dessen gänzliche Abschaffung gebieterisch zu fordern.

---

[1]) Als Unterstützung und Bekräftigung ärztlicher Bemühungen mag der mehrfach erwähnte Menge'sche Vortrag, der sich direkt an die Frauen wendet, zur Weiterverbreitung angelegentlichst empfohlen sein.

Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen.

Von **M. v. Margulies,** ordinierender Arzt der urologischen Abteilung des Israelitischen Krankenhauses zu Odessa.

Eine der glänzendsten Seiten der Geschichte der Chirurgie überhaupt bildet die Geschichte der Nierenchirurgie, dieses neuen und jungen Gebiets, das vor unseren Augen entstanden ist und sich entwickelt hat. Wie groß die Angst vor jedem operativen Eingriff an der Niere noch vor ca. 30 Jahren gewesen ist, beweist der bekannte Ratschlag Malgaigne's, die Operation der einfachen Inzision der Niere nicht über die vier Wände des anatomischen Präparierbodens hinaus zu tragen, oder beispielsweise die Ansicht des berühmten Rayer, der den Versuch, beim Menschen die Niere zu enucleïren, als „Wahnsinn" bezeichnet hat. Es versteht sich von selbst, dass unter solchen Anschauungen die chirurgische Intervention bei Nierenkrankheiten ausserordentlich selten stattfand und nur auf diejenigen Fälle beschränkt blieb, in denen die Patienten so wie so am Rande des Grabes sich befanden.

In dieser trostlosen Lage befanden sich die Nierenkranken bis 1869, in welchem Jahre Simon zum ersten Male die Nephrektomie ausgeführt und damit bewiesen hat, daß der menschliche Organismus auch nach Entfernung dieses wichtigen Organs bestehen kann. Die Operation wurde mittelst lumbaler Incision ausgeführt, jedoch haben diagnostische Irrtümer bei den ersten Operationen auf diesem neuen Gebiete ergeben, daß man die Enukleation der Niere auch durch eine abdominale Incision vornehmen kann. Auf diesem Wege hat Kocher im Jahre 1876 eine große Nierengeschwulst entfernt. Es sind somit zur Vornahme von Operationen an den Nieren zwei Wege entdeckt worden: durch die lumbale Incision und durch die Bauchwand. Morris hat im Jahre 1880 zum ersten Mal die Nephrotomie bei Nephrolithiasis mit günstigem Erfolg ausgeführt, während Le Dentu im Jahre 1888 zum ersten Mal unmittelbar nach der Entfernung eines Steines aus der Niere letztere dicht geschlossen hat. Das ist in kurzen Zügen die Geschichte der ersten Nierenoperationen. Heutzutage sind diese Operationen bei der Behandlung der Nierenkrankheiten eine gewöhnliche Erscheinung geworden, und die Gefahr dieser Operationen wird mit jedem Tage geringer, weil unsere Kenntnisse auf dem Gebiete der Diagnose der Nierenerkrankungen immer vollständiger werden. Die neuen Unter-

suchungsmethoden geben uns so wichtige Anhaltspunkte, daß wir in der Mehrzahl der Fälle im Stande sind, rechtzeitig eine richtige Diagnose zu stellen, was schon an und für sich eine gute Hälfte der Behandlung ausmacht. Neben den auch früher in Anwendung gewesenen Methoden der Nierenuntersuchung (Palpation, Perkussion, Harnuntersuchung etc.) sind in den letzten Jahren einige neue Methoden aufgekommen, und zwar: 1. die Untersuchung mittelst des Bianchischen Phonendoskops, 2. Untersuchung mittelst Röntgenoskopie und Röntgenophotographie, 3. Untersuchung der Funktionsfähigkeit der Nieren, und zwar a) mittelst Methylenblau, b) nach dem Verfahren der Kryoskopie, und schließlich 4. Untersuchung mittelst des Cystoskops.

Was die Untersuchung der Niere mit dem Phonendoskop betrifft, so wird dieselbe fast gar nicht mehr angewendet. Überhaupt wurden nur in der Guyon'schen Klinik Beobachtungen in dieser Richtung vorgenommen, wobei es gewöhnlich gelang, mit Hilfe des Phonendoskops die Grenzen der normalen, vergrößerten oder disilozierten Niere festzustellen, eine ungefähre Vorstellung von dem Umfang der Niere zu gewinnen und schließlich die Niere von den benachbarten Organen zu unterscheiden, Beim Versuch, nach dieser Methode einen Stein in der Niere nachzuweisen, hat Bianchi selbst nur zweifelhafte Befunde erheben können, wobei die Diagnose in dem einen Falle bestätigt, in dem anderen nicht bestätigt wurde.

Auf die Untersuchung der Niere mittelst Röntgenstrahlen sind ursprünglich große Hoffnungen gesetzt worden. Diese sind aber nur in Bezug auf die Nierensteine, und das auch nur teilweise, in Erfüllung gegangen: es ergab sich, daß Steine für Röntgenstrahlen mehr oder minder durchgängig sind, und zwar sind am durchgängigsten die Urate, dann kommen die Phosphate und schließlich die Oxalate an die Reihe. Falls in der Niere die letztere Steinart vorhanden ist, so gelingt es tatsächlich, mit Hilfe der Röntgenphotographie ein Schattenbild des Steines zu gewinnen, und in der Literatur sind verschiedene Mitteilungen unter Beifügung von sehr gelungenen Aufnahmen vorhanden.

Die Untersuchung der Funktionsfähigkeit der Nieren mittelst Methylenblau ist im Jahre 1897 von Achard und Castaigne vorgeschlagen worden. Diese Autoren haben dem zu untersuchenden Patienten eine Lösung von Methylenblau injiziert, welche den Harn färbt. Indem sie den Zeitpunkt des Beginns, die Schnelligkeit und die Dauer der Ausscheidung dieses Farbstoffs mit dem Harn gesunder und kranker Individuen studierten, gelang es ihnen, eine Reihe von Regeln aufzustellen,

die die Funktionsfähigkeit der Nieren angeben. Die Injektionstechnik ist sehr einfach. Eine Lösung von gewöhnlichem käuflichem Methylenblau 1:20 wird sterilisiert und von dieser Lösung 1 ccm tief in die Muskeln des Gesässes oder des Oberschenkels injiziert. Hierauf wird der Harn in einzelnen Portionen zuerst stündlich, dann alle 3 Stunden gesammelt. Unter normalen Verhältnissen beginnt der Harn schon eine Stunde nach der Injektion sich gefärbt zu entleeren. Die Färbung wird dann immer intensiver und intensiver bis zur 3. und 4. Stunde, worauf sie allmählich nachläßt und nach 36—48 Stunden vollständig verschwindet.

Ist die Niere erkrankt, so beginnt der Abgang von gefärbtem Harn später. Das ist die Hauptregel, wenn auch Fälle veröffentlicht worden sind, in denen gerade das Entgegengesetzte festgestellt worden ist. Dann kann die Dauer der Ausscheidung von gefärbtem Harn vergrößert oder verringert sein, desgleichen der Intensitätsgrad der Färbung und die Regelmäßigkeit in der Abnahme der letzteren (bisweilen geht dies sprungweise vor sich). Man muß auch im Auge behalten, daß Methylenblau bisweilen in Form einer farblosen Substanz zur Ausscheidung gelangt, deren Anwesenheit im Harn nur mittelst Erwärmung desselben (unter Zusatz von Essigsäure) erkannt wird, indem die Erwärmung die Färbung manifest werden läßt.

Übrigens muß man sich sämtlichen Schlüssen gegenüber, die aus dieser Untersuchungsmethode gezogen werden, wie dies aus den zahlreichen späteren Beobachtungen hervorgeht, sehr vorsichtig verhalten, der die Ausnahme beinahe häufiger ist als die Regel selbst, und außerdem bedeutende Abweichungen in dieser Hinsicht auch bei vollständig gesunden Individuen beobachtet werden.

Mit besonderer Sorgfalt haben Albarran und Bernard diese Frage studiert und sind auf Grund ihrer zahlreichen Beobachtungen zu dem Schlusse gelangt, daß man, um auf Grund der Methylenblau-Methode die Diagnose und Prognose stellen zu können, an diese Untersuchung noch den Katheterismus der Nieren anschließen muß, da es sonst unmöglich ist, festzustellen, inwiefern die Funktion der einzelnen Niere genügend und regelmäßig ist.

Casper und Richter wenden statt des Methylenblaus Injektionen von Phloridzin an, durch welche Nierendiabetes erzeugt wird, wobei die erkrankte Niere weniger Zucker ausscheidet als die gesunde, oder Zucker überhaupt nicht ausscheidet.

Die Kryoskopie ist eine Methode der funktionellen Nierendiag-

nostik, die auf der Feststellung des Gefrierpunktes des Blutes und des Harns beruht. Diese Methode ist von v. Koranyi unter Benutzung der Untersuchungen von Raoult ausgearbeitet worden. Dieser Gefrierpunkt wechselt je nach dem Grade der molekulären Konzentration der Lösung. Im Harn sind sämtliche Formelemente ebenso wie im Blute in Flüssigkeit aufgelöst, und bei normaler Konzentration beträgt der Gefrierpunkt des Blutes 0,56, derjenige des Harns ungefähr zwischen 1,30 und 2,20. Die Abweichungen nach der einen und anderen Seite vom normalen Gefrierpunkt weisen auf pathologische Zustände in der Niere, auf unregelmäßige Funktion derselben hin. Die an Tieren vorgenommenen Experimente haben die Angaben v. Koranyi's bestätigt.

Aber auch bei dieser Untersuchungsmethode (Näheres darüber cf. in der sehr interessanten Arbeit von Claude und Balthazard) sind wir ebenso wie bei der Nierenuntersuchung mittelst Methylenblaus ohne Zuhilfenahme des Ureterenkatheterismus nicht imstande, uns eine klare Vorstellung von der Funktion jeder einzelnen Niere zu machen. Ausserdem ist diese Methode mit gewissen Übelständen verknüpft, und zwar: Zum Zwecke der kryoskopischen Blutuntersuchung muß man dem Kranken ziemlich viel Blut (ca. 20 ccm) entnehmen, was sich nicht immer machen läßt; was aber den Harn betrifft, so wechselt die Konzentration desselben nicht selten infolge von interkurrenten Ursachen (beispielsweise je nachdem der Patient viel oder wenig trinkt), was stets im Auge zu behalten ist, um nicht Irrschlüsse zu ziehen. Übrigens erheischt diese Methode, die immerhin noch neu ist, weitere Untersuchungen. Viele Autoren prophezeien ihr eine große Zukunft, aber wiederum nur in Verbindung mit dem Ureterenkatheterismus.

Sämtliche im Vorstehenden geschilderten Methoden der funktionellen Nierenuntersuchung haben gewisse Vorzüge, aber auch Mängel, sind aber jedenfalls sämtlich in einer Beziehung machtlos. Keine von diesen Methoden, wie bereits mehrfach erwähnt, kann es ermöglichen, über die Funktion jeder einzelnen Niere zu urteilen. Dies ist aber gerade das wichtigste für uns: so lange wir nicht über den Zustand der zweiten Niere genau orientiert sind, sind wir nicht berechtigt, an der kranken Niere zu operieren, viel weniger sie erforderlichenfalls zu exzidieren. Kurz, der Zustand der zweiten Niere ist von entscheidendem Einfluß auf den Ausgang der jeweiligen Nierenoperation.

„Beim Studium der pathologischen Anatomie der chirurgischen Nierenerkrankungen an der Hand des kasuistischen Sektionsmaterials bin ich, sagt W. Bobrow in seiner ausführlichen Dissertation, „einer

Digitized by Google

ungewöhnlichen Häufigkeit der beiderseitigen Erkrankung dieses Organs begegnet und zu folgendem Schlusse gelangt: Wenn man über die Ursachen des nach Nierenoperation eintretenden Todes nicht auf Grund der Symptome, unter denen der letale Ausgang eintritt (Shock, Kollaps, Anurie, Erschöpfung, Blutung etc.), sondern auf Grund der Ergebnisse der Sektionen urteilt, so bildet die Affektion der zweiten Niere eine durch ihre Häufigkeit hervorragende Ursache, und das Bestreben der Chirurgen, der leidenden Menschheit zur Hilfe zu kommen, hat in der Kasuistik der Nierenchirurgie so viele trübe Mißerfolge nur aus dem Grunde hineingetragen, weil der Zustand der zweiten Niere unbekannt gewesen ist."

Beim Studium der Mitteilungen über Nierenoperation stösst man auf Schritt und Tritt auf folgende Tatsachen: Die Kranken sterben, und die Sektion ergibt eine leicht eliminierbare Todesursache: es werden ernste Operationen gemacht, ohne daß man das findet, was man finden muß; man sucht die Quelle der Krankheit in der einen Niere, operiert diese, aber gerade diese Niere erweist sich als gesund, während tatsächlich die zweite Niere erkrankt ist.

Die Ursache dieser Erscheinung liegt darin, daß erstens die Nierenkrankheiten, welche bisweilen vollständige Zerstörung ihrer aktiven Substanz herbeiführen, häufig von keiner Vergrößerung des Organs begleitet werden; zweitens daß diese Krankheiten nicht selten sich der Beobachtung entziehen, weil sie keine Krankheitserscheinungen verursachen, und drittens daß sämtliche subjektiven Empfindungen nicht in der kranken, sondern in der gesunden Niere konzentriert sein können (renorenaler Reflex von Guyon). Viele wollen die Bedeutung dieses Reflexes nicht anerkennen; man kann aber heutzutage annehmen, daß das Bestehen desselben durch folgende Beobachtung augenscheinlich erwiesen ist: E. Warschauer katheterisierte zu gleicher Zeit beide Ureteren bei ein und derselben Person mit erkrankter rechter Niere; bei der Untersuchung trat Spasmus des rechten Ureters ein, wobei gleichzeitig anch der Abgang von Harn aus dem linken Ureter aufhörte. Nach einiger Zeit begann der Harn wieder an beiden Seiten abzugehen.

Unter diesen Umständen erscheint es begreiflich, daß man seit jeher der Erlangung eines Verfahrens, mit dessen Hilfe man klar und fehlerfrei über die Funktionsfähigkeit jeder einzelnen Niere urteilen könnte, die größte Aufmerksamkeit entgegengebracht hat. Wir urteilen über die Funktion der Nieren nach der Qualität ihrer Sekretionstätig-

keit, nämlich auf Grund der Harnuntersuchung. Der Harn aus beiden Nieren gelangt aber auch nach außen erst, nachdem er im allgemeinen Reservoir, in der Harnblase, sich vermengt hat.

Um über die Funktion jeder Niere zu urteilen, muß man also auch den Harn von jeder einzelnen Niere besonders auffangen. Diese Aufgabe hat sehr viele Forscher beschäftigt. Es sind die verschiedensten Methoden zu diesem Zwecke vorgeschlagen worden, ohne daß irgend eine Methode allgemeine Aufnahme fand: alle gaben sie unrichtige und inkonstante Resultate, bis wir schließlich in den Stand gesetzt worden sind, den Harn aus jeder einzelnen Niere mittelst des Ureterenkatheterismus zu sammeln. Wir wagen es zu sagen, daß diese Frage heutzutage endgiltig gelöst ist, und daß die Resultate, die dabei gewonnen werden, keinem Zweifel unterliegen.

Hier muß ich mir eine kleine Abweichung erlauben: Bevor ich das Wesen und die Methoden des Ureterenkatheterismus mit Hilfe des Cystoskops erörtere, muß ich einige Worte über die Cystoskopie überhaupt sagen. Selbstverständlich beabsichtige ich keineswegs, hier von der Geschichte der Einführung des Cystoskops in die ärztliche Praxis zu schreiben, und verweise auf die Arbeiten über Cystoskopie von Nitze oder Casper.

Es genügt, wenn ich auf Folgendes hinweise: Die Ärzte waren stets bemüht, einen Apparat zu konstruieren, mit dessen Hilfe man unter Zuhilfenahme irgend einer Lichtquelle die Blasenhöhle besichtigen könnte, um eine eventuelle Erkrankung der Blase selbst zu diagnostizieren oder von einer eventuellen Nierenerkrankung zu unterscheiden, was nicht immer leicht ist. Die ersten Methoden bestanden darin, daß man in die Harnröhre (bei Frauen) ein Röhrchen von mehr oder minder großem Kaliber einführte und die Blase in der Weise besichtigte, daß man sich einer von außen angebrachten Lichtquelle und eines Spiegels, der das Licht reflektierte, bediente. Jedoch fand diese Methode keine allgemeine Verbreitung, erstens weil sie nur bei Frauen angewendet werden kann, und zweitens weil die dabei gewonnenen Resultate unzureichend waren: das Gesichtsfeld war sehr klein, und der Harn, der sich durch die in die Blase eingeführte Röhre ergoß, behinderte fast sofort die weitere Beobachtung.

Die Bedeutung der Cystoskopie als praktisch wichtiger Untersuchungsmethode ist am 9. Mai 1879, d. h. an dem Tage, an dem Nitze seinen Apparat in der Gesellschaft der Ärzte zu Wien demonstriert hatte, anerkannt worden. Das Verdienst Nitze's besteht haupt-

sächlich darin, daß er ein Cystoskop mit einer inneren Lichtquelle (elektrisches Glühlämpchen) konstruiert hat, welcher Umstand es ermöglicht, daß das obere Ende des Instruments dicht ist: die Flüssigkeit floß aus der Harnblase nicht heraus, die Blasenhöhle wurde mittelst starken elektrischen Lichts beleuchtet, man hatte keine Veranlassung zu eilen, und man konnte systematisch die gesamte Blasenhöhle, sowie auch die Blasenmündungen der Ureteren besichtigen. Schon diese einfache cystoskopische Untersuchung der Blase gibt gewöhnlich sehr wertvolle Anhaltspunkte für die Diagnose.

Ich möchte nur ein Beispiel aus meiner Praxis mitteilen.

Im vorigen Jahre bekam ich in meine Abteilung eine Kranke mit Hämaturie. Die Patientin war ungefähr 1 Jahr krank, wobei 2—3 Monate nach der ersten, plötzlich eingetretenen Blutung eine zweite Blutung eingetreten ist; dann begannen die Blutungen sich in immer kleiner werdenden Zwischenpausen zu wiederholen und an Intensität sowohl wie Dauer zuzunehmen. Die letzte Blutung, wegen der die Patientin sich in das Krankenhaus hat aufnehmen lassen, hält bereits unaufhörlich 3 Wochen an. Die Kranke klagt über Schmerzen in der linken Niere, die anfallsweise in Form von Koliken auftreten und sich dem Ureter entlang bis zur Harnblase erstrecken. Die Niere ist nicht vergrößert, jedoch bei Druck schmerzhaft. Miktionsfrequenz nicht gesteigert. Kapazität der Harnblase normal. Die Harnblase wird mittelst 2—3 Borsäureinjektionen rein gewaschen. Selbst auf Grund dieser kurzen Befunde mußte man eine Erkrankung der Blase ausschließen und als Quelle der Blutung die linke Niere deuten; man konnte an Tuberkulose oder an Neubildung denken. Jedenfalls mußte man in Anbetracht der Dauer und der Intensität der Blutung Maßnahmen zur Stillung derselben ergreifen, d. h. die Nephrotomie, vielleicht auch die Nephrektomie der linken Niere vornehmen. Stände uns nicht das Cystoskop zur Verfügung, so wäre die Niere tatsächlich freigelegt worden, und wir hätten einen Fehler begangen, denn die cystoskopische Untersuchung ergab bei dieser Kranken, daß aus beiden Uretern sich vollständig reiner und klarer Harn entleerte, während am Boden der Blase eine Neubildung saß, die die Quelle der Blutung bildete.

Ich möchte meinen, daß dieser Fall als vorzüglicher Beweis für die unersetzbaren Dienste gelten kann, die uns die Cystoskopie zu erweisen vermag.

Der Wert der Cystoskopie geht jedoch noch weiter: sie gibt die Möglichkeit, Harn aus jeder einzelnen Niere mittelst Katheterismus der

Ureteren zu sammeln, d. h. die Aufgabe zu lösen, mit deren Verwirklichung sich viele Forscher so lange und so erfolglos beschäftigt haben, selbst vor blutigen Operationen nicht zurückscheuend. Harisson, dann Guyon und Albarran haben zu diesem Zwecke die Sectio alta gemacht und hierauf in den Ureter die Sonde eingeführt. Bozemann und Emmet haben zu diesem Zwecke vorgeschlagen, bei Frauen eine Spaltung der Vesico-Vaginalwand vorzunehmen, während Hegar und Sänger sogar empfohlen haben, bei Frauen den einen der Ureteren zu umstechen und temporär zu unterbinden. Außer diesen blutigen Methoden des Ureterenkatheterismus sind noch viele Instrumente konstruiert worden, welche dieser Aufgabe zu genügen hatten. Tuchmann hat im Jahre 1874 ein an einen Lithotriptor erinnerndes Instrument vorgeschlagen, mit dessen Hilfe der eine Ureter in der Nähe des Blasenendes desselben geschlossen werden konnte. Polk hat im Jahre 1883 vorgeschlagen, zu diesem Zwecke in die Blase einen Metallkatheter einzuführen und den Ureter zwischen diesem und dem in den Mastdarm eingeführten Finger zu komprimieren. Ebermann, Weir, Müller, Sands und Halle haben den Ureter mittelst eines Instrumentes mit zwei Branchen komprimiert, von denen die eine in die Harnblase, die andere in den Mastdarm oder in die Vagina eingeführt wurde. Silbermann empfahl, in die Harnblase einen Metallkatheter einzuführen, der am oberen Ende mit einem kleinen elastischen Gummiballon versehen war, dessen Füllung mit Quecksilber die Öffnung des Ureters komprimieren mußte. Fenwick hat ein Instrument konstruiert, welches er Ureterenaspirator nannte: das Instrument, welches aus einem Katheter mit einem Seitenauge bestand, wurde in die Blase in der Richtung nach dem einen oder dem anderen Ureter eingeführt und dieser gegen die Öffnung des Aspirators aspiriert, die sich am oberen Ende des Instruments befand.

Außer den Versuchen, Harn aus der einen Niere mittelst der oben erwähnten Instrumente zu gewinnen, sind mehrere Methoden zur unmittelbaren Einführung des Katheters in die Ureteren auf unblutigem Wege vorgeschlagen worden. Bereits im Jahre 1875 verfuhr Simon zu diesem Zwecke folgendermaßen: Er chloroformierte seine Patientin, brachte sie in Stein-Schnittlage und führte in die Harnröhre hinter einander Spiegel bis zur letzten Nummer ein; nach der Einführung des dicksten Spiegels war die Harnröhre so erweitert, daß sie den Zeigefinger samt einer Metallsonde oder einem Metallkatheter durchließ, mit welchem letzteren er dann an den Ureter heranzukommen suchte.

Eine vollständig neue Methode hat Pawlick im Jahre 1881 vorgeschlagen, nach der bei Frauen der Katheterismus der Ureteren ohne vorangehende Erweiterung der Harnröhre ausgeführt werden sollte. Er bringt die Frau in Knie-Ellbogenlage und hebt den Damm mittelst Simon'schen Spiegels hoch. Von dem kleinen Wulst, der gewöhnlich den Endpunkt der Harnröhre bezeichnet, gehen nach rechts und links, unter stumpfem Winkel divergierend, zwei Furchen, bisweilen statt dieser zwei Prominenzen. Etwas höher, gegenüber der Portio, werden sie von einer dritten quergehenden Furche gekreuzt, wobei das sogenannte Trigonum Lieutaudii gebildet wird: in der Richtung dieser Furchen liegen nun die Öffnungen der Ureteren. Pawlick führt nun die Sonde durch die Harnröhre, richtet ihr gebogenes Ende nach der hinteren Blasenwand in der Richtung der oben erwähnten Furche, wobei die Sonde leicht in den Ureter gelangt. Zum Schluß sagt Pawlick selbst, daß seine Methode nicht in jedem Falle angewendet werden könne, nicht jedermann zugänglich sei, und daß die Ausübung derselben viel Fleiß und Beharrlichkeit erheische.

Nicht viel näher sind die in Rede stehenden Bestrebungen durch die Methode des amerikanischen Arztes Kelly der Lösung gebracht worden, der zur Besichtigung der Blase eine Röhre mit Obturator in Vorschlag brachte; nach Entfernung der letzteren wird der Harn entleert, an dessen statt in die Blase Luft eindringt und dieselbe dehnt. Hierauf wird mittelst elektrischen Reflektors die Blasenhöhle beleuchtet, mit besonderem „Sucher" die Ureterenmündung eruiert und dann in dieselbe statt des Suchers ein Katheter eingeführt.

Aus dem Vorstehenden geht klar hervor, weshalb alle diese Methoden keine praktische Verwendung gefunden haben. Abgesehen davon, daß die Technik mit großen Schwierigkeiten verknüpft war, und daß die Methoden überhaupt nur bei Frauen angewendet werden konnten, war der Mißerfolg hauptsächlich dadurch bedingt, daß man die Ureterenmündungen nicht sehen konnte. Infolgedessen sind schon seit jeher Versuche gemacht worden, die Harnblase zu beleuchten, damit man unter Leitung des Auges den Katheter in den Harnleiter einführen könnte. Zu diesem Zwecke hat Grünfeld im Jahre 1876 sein Endoskop mit Beleuchtung von außen vorgeschlagen, und nach einiger Zeit ist das Grünfeld'sche Prinzip von Neumann, Kelly u. a. vervollkommnet worden.

Die Anwendung der Endoskope war der letzte Versuch in dieser Richtung, welcher mit der Erfindung des Nitze'schen Cystoskops mit

innerer Beleuchtung endete. Hierauf blieb nur ein Schritt, um das Cystoskop auch zum Katheterisieren der Ureteren herzurichten. In der Tat hat Brenner bald in seinem gewöhnlichen Cystoskop einen Kanal angebracht, durch den er eine Sonde ein- und unter Leitung des Auges in den Ureter hineinführte. Das Instrument selbst hatte viele Mängel, aber die Idee war gut. Die weiteren Vervollkommnungen von Nitze, Casper und Albarran haben vorzügliche Instrumente geschaffen, deren wir uns heutzutage bedienen.

Im allgemeinen sind alle diese Cystoskope folgendermaßen konstruiert: Das Cystoskop hat einen Kanal, in den zunächst der Ureterkatheter eingeführt wird. In der Nähe des Glühlämpchens (am Blasenende) befindet sich eine Öffnung, durch welche dieser Katheter in die Blase hineingestoßen wird. Diese Öffnung ist mit einem Finger versehen, der mittelst einer am äußeren Ende des Cystoskops angebrachten Schraube regiert werden kann. Dank diesem Finger kann man das Blasenende des Katheters einen mehr oder minder großen Bogen beschreiben lassen (in den Albarran'schen Cystoskopen ist dieser Bogen 180 Grad groß), und dank diesem Umstande ist es sehr leicht, den Katheter in den Harnleiter einzuführen.

Schließlich hat Casper vor einiger Zeit ein neues Cystoskop konstruiert, mit dessen Hilfe man gleichzeitig beide Ureteren katheterisieren und auf diese Weise gleichzeitig aus jeder Niere Harn gesondert auffangen kann. Ich meine, daß ein vollkommeneres Instrument als dieses nicht gewünscht zu werden braucht: Mit Hilfe dieses Cystoskops kann man den Katheterismus der Ureteren sowohl bei Frauen wie auch bei Männern fast im Augenblick ausführen.

Ich habe schon mehrmals darauf hingewiesen, von welcher Bedeutung die Gewinnung von Harn aus jeder einzelnen Niere ist. Wenn man die Befunde einer 24stündigen Analyse des Harns von der kranken und gesunden Niere zu den Befunden hinzufügt, die bei der allgemeinen Untersuchung des Kranken und bei der Beobachtung des Krankheitsverlaufs gewonnen sind, so sind wir berechtigt zu sagen, daß wir alles getan haben, was wir zur Eruierung des Wesens der Krankheit und zur Bestimmung der Funktionsfähigkeit der zweiten Niere tun müssen. (In letzter Zeit wird, wie gesagt, der Katheterismus der Ureteren mit kryoskopischer Untersuchung oder mit vorangehender Injektion von Methylenblau oder Phloridzin kombiniert.) An der Hand dieser Befunde können wir mit ruhigem Gewissen zur Operation schreiten, indem wir nur in den seltensten Ausnahmefällen Gefahr laufen, eine unrich-

Digitized by Google

tige Diagnose zu stellen. Früher aber sind in der Nierendiagnostik Fehler auf Schritt und Tritt vorgekommen, und diese bewirkten nicht selten einen tötlichen Ausgang der Operation.

Der eine von den Irrtümern, die unvermeidlich zum Tode des operierten Patienten führen, kann dank dem Ureterenkatheterismus unbedingt vermieden werden, und zwar: die Enukleation der Niere bei angeborenem Fehlen der zweiten Niere. Das angeborene Fehlen der einen Niere bei Personen, die sich sonst einer vorzüglichen Gesundheit erfreuen, wird verhältnismäßig nicht selten angetroffen. Rayer führt 46 Fälle von angeborenem Nierenmangel an. Ballowitz hat in der Literatur 213 Fälle von vollständigem angeborenen Fehlen der einen Niere gesammelt. Mankiewicz fand, daß auf je 3000—4000 Sektionen ein Fall von solitärer Niere vorkommt. Dasselbe ist auch von anderen Autoren konstatiert worden. (Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

K. Borszéky: Über reflektorische anuria calculosa. („Urologia", Vierteljahresbeilage der „Budapesti orvosi ujság". 1904. Nr. 2.)

An der Hand zweier casuistischer Fälle will B. den Nachweis erbringen für die Existenz einer reflektorischen Anurie, indem bei Steineinklemmung der einen Seite auch die gesunde Niere ihre Ausscheidungsarbeit einstellt, und glaubt, diese Erscheinung hauptsächlich auf die Reizung der Vasoconstrictoren zurückführen zu dürfen, durch welche eine starke Zusammenziehung der Nierengefäße bedingt ist.

Der erste Fall bezieht sich auf einen 43 jährigen Mann, bei welchem die Anurie 14 Tage bestanden hat, ohne irgendwelche Symptome der Uraemie gemacht zu haben. Im zweiten Falle, wo es sich um einen 36 jährigen Mann handelte und wo die Anurie 9 Tage gewährt hatte, fehlten gleichfalls urämische Symptome. Während im ersten Falle jedoch die zweite Niere nicht mit Sicherheit als gesund angenommen werden konnte, erschien dies für den zweiten Fall nicht zweifelhaft.

Beide Fälle sind nach Ausstoßung der Konkremente ohne operativen Eingriff genesen. E. R.-Budapest.

Dr. Paul Krause in Breslau: Zwei Fälle mit Gonococcensepsis mit Nachweis der Gonococcen im Blute bei Lebzeiten der Patienten. (Berliner Klinische Wochenschrift, 1904, Nr. 19.)

Bei einem 28 jährigen Manne traten 6 Wochen nach der gonorrhoischen Infektion Gelenkschwellungen, Kreuz-, Brust- und Rückenschmerzen, Schüttelfrost und starke Kopfschmerzen auf. Im Blute wurden mikroskopisch und kulturell typische Gonococcen nachgewiesen. Der Pat. starb. Die anatomische Diagnose war folgende: Pericarditis fibrinosa; dilatatio et hyper-

Digitized by Google

trophia ventriculi utriusque; Endocarditis ulcerosa valvulae aorticae. Die bakteriologische Untersuchung der Auflagerungen auf den Aortenklappen und des Pericards ergab wieder typische Gonococcen. Im zweiten Falle handelte es sich um eine Wöchnerin, welche wegen Wunddiphtherie an einem Dammriß in die Klinik kam. Die Wunddiphtherie heilte nach Seruminjektion und lokaler Behandlung glatt. Nach 3 Wochen traten Gelenkschmerzen, Fieber, Milzanschwellung mit Verdickung der beiderseitigen Adnexe auf. Es wurde eine Pyosalpinx duplex und ein Exsudat im Becken konstatiert. Im Blute typische Gonococcen. Diese Patientin wurde geheilt. Immerwahr-Berlin.

Alfred C. Croftan: Experimental Note on the Treatment of Diabetes Medicine. — (Ref. in Medical Record, Febr. 27, 1904, p. 360.)

Croftan empfiehlt auf Grund experimenteller Versuche die Darreichung von Carbol oder Salicylsäure zur Bekämpfung der Glycosurie bei Diabetes. Die Darreichung kann entweder per os oder als intravenöse Injektion in physiologischer Kochsalzlösung erfolgen. (Ob letztere Darreichung auch beim Menschen versucht worden, ist aus dem Referat nicht ersichtlich).

A. Freudenberg-Berlin.

J. Sawyer (Birmingham): Diät bei Diabetes. (British Med. Journal. March 5, 1904.)

Sawyer hat die Entdeckung Mossé's, daß Kartoffeln den Diabetes nicht ungünstig, sondern sogar günstig beeinflussen, in seiner Praxis bestätigt gefunden, und setzt die großen Vorteile, die dadurch für den Diätzettel des Diabetikers entstehen, auseinander. Man kam unbedenklich das $2^1/_2$—3fache der erlaubten Menge Weizenbrot an gekochten Kartoffeln darreichen; auch Brot, Cakes und Bisquits lassen sich nach seiner Angabe sehr gut aus dem „Mehl" in geeigneter Weise gekochter Kartoffeln herstellen. Sein Diätzettel ist folgender:

Erlaubt: alles Fleisch vom Schlächter, auch Schweinefleisch (keine Leber!); Schinken; Speck; Geflügel; Wild; in der Schale gekochte Kartoffeln; Fische; Austern; Krebse; Hummern; Fleischsuppen (aber nicht, oder nur mit Kartoffeln dick gemacht); Hammelbrühe; Beefsteak; aus Kleie und Kartoffeln bereitetes Brot, Bisquits und Cakes; Eier; Sahne; Butter; Käse; grünes Gemüse: Kresse; Senf; Lattich; essbare Pilze; Nüsse; ungesüßte Gelees und Eierrahm.

Verboten: Brot und Bisquits (außer der Kleie- und Kartoffelbrote); Zucker; Spargel; Kohl; Blumenkohl; Mohrrüben; Pastinakwurzel; Bohnen; Erbsen; Kohlrabi; Tapioca; Arrow-root; Sago; Maccaroni; Nudeln; Reis; Backwerk (außer Kartoffel-Cakes); Pudding; frische und praeservierte Früchte.

Dazu an Getränken:

Erlaubt: Wasser; Thee; Kaffee; Sodawasser; Rothwein; Rheinwein; Spirituosen mit Wasser, alles nicht gesüßt; — wenig bitteres Ale; wenig Milch.

Verboten: Cacao; Chokolade; Champagner; Porter; Stout; selbstbereitete Weine („home-made wines"); Liköre; Apfelwein; Süßweine und süßes Ale. A. Freudenberg-Berlin.

Andreas Buraczyński: Beitrag zur Lues des Nervensystems. (Wien. Klin. Rundschau Nr. 18, 19, 20, 21, 24.)

Nach kurzer Erörterung einiger wichtiger Punkte der pathologischen Anatomie, wobei besonders die Ansicht Mracek, daß die Syphilis in erster Linie die Gefäße befällt, hervorgehoben wird, weist der Autor auf die Zunahme der Nervensyphilis im letzten Jahrhundert hin und erörtert die dafür angegebenen Gründe. — Alsdann wird unter Beibringung von ausführlichen Krankengeschichten die früher verbreitete Ansicht, daß die Nervensyphilis erst in späteren Stadien der Lues auftrete, zurückgewiesen und die Häufigkeit im Secundärstadium betont. Die weiteren Ausführungen bestehen hauptsächlich in casuistischen Mitteilungen und zwar

1) Leichter nervöser Störungen, die nach Lang auf geringe Infiltrationsvorgänge der Meningen (Meningealirritation) zurückzuführen sind.

2) Sensibilitätsstörungen, wie sie bes. häufig bei Frauen vorkommen, häufig kombiniert mit starken Nachtschweißen, Schlaflosigkeit etc.

Von schweren Nervenaffektionen der Sekundärperiode werden alsdann unter Beibringung einer interessanten Casuistik die luetischen Affektionen des Gehirns und Rückenmarks geschildert. Den Schluß bilden Beobachtungen über syphilitische Erkrankungen peripherer Nerven. —

Der Verf. weist nachdrücklich auf die Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnose und das dadurch ermöglichte rechtzeitige Einschlagen einer spezifischen Therapie hin, wodurch die Prognose selbst schwerster Erkrankungen eine relativ günstige werden kann. A. Seelig-Königsberg i. Pr.

Berthold Goldberg, (Cöln-Wildungen): **Die keimfreie Aufbewahrung weicher und halbweicher Katheter.** (Deutsche med. Woch. 30. Jahrgang, No. 7, p. 239).

Goldberg empfiehlt für Kliniken und Spezialisten, die weichen und halbweichen Katheter im strömenden Dampf zu sterilisieren und dann vermittelst geeigneter, von ihm angegebener Häkchen und Stifte in sterilen Glasröhren aufzuhängen und trocken aufzubewahren. Für den Laien ist dagegen die Aufbewahrung der ausgekochten Katheter in steriler Borsäurelösung vorzuziehen. G. hat Glasröhren in der Form langer Reagenzgläser, die in ihrem oberen Drittel eine Einschnürung haben, angegeben, in denen die Katheter hängend aufbewahrt werden. H. Schwerin-Berlin.

L. Stolper: Über Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. (Wien. klin. Rundschau 15 u. 16.)

Verf. hat bei 7400 untersuchten Frauen 16 Fälle von Mißbildung, d. h. 0,2 % beobachtet. Darunter waren 10 Fälle von Verdoppelung der Scheide und der Gebärmutter oder der Scheide allein, drei Fälle von rudimentärer Bildung des Uterus bezw. Fehlen desselben und zwei Fälle von Bildung eines queren Septums in der Vagina und schließlich ein Fall von Anus praeternaturalis vestibularis. Die interessantesten Beobachtungen werden in extenso mitgeteilt und auf ihre Entstehung, entwicklungsgeschichtliche Bedeutung und praktische Wichtigkeit hingewiesen. Dr. A Seelig-Königsberg i. P.

Die Haematurie von Prof. **Albarran**, Paris (Urol. Monatshefte No. 1, 1904.)

Autor teilt die Haemorrhagien in angiopathische, die durch direkte Laesion der Gefäßwand; in neuropathische, die durch nervöse Veränderungen und in haemopathische, welche durch die vielfachen haematischen Veränderungen des Blutes entstehen, gleichgültig, ob diese Veränderung die chemische Zusammensetzung, die zelligen Elemente oder beide gemischt betrifft; gleichgültig, ob sie durch Intoxikationen oder Infektionen ursächlich veranlaßt wird. Bekannt ist ja, wie verschiedene Sera, wie Bacterien toxine, auch manche Infektionskrankheiten (Pocken, Typhus), auch mineralische Gifte: Phosphor, Blei, blutauflösend wirken und manchmal Haematurie veranlassen. Am interessantesten sind die nervösen Einflüße; so kommen bei Hysterie, bei Paralyse manchmal Blutharnen vor. Auch die praemonitorischen Haematurieen, die öfters der Tuberkulose und Tumoren vorhergehen, gehören hierher. Manche Gifte, wie das Tuberkulin, wirken auf die Gefäße, auf das Blut und die Nerven zugleich: durch die Coincidenz der 3 großen Gruppen von pathogenen Ursachen der Haemorrhagie, durch hämatische, vasculäre und nervöse Störungen treten hier Haematurien ein. Haematurien bei Gichtkranken, bei Haemophilen mögen so ihre Erklärung finden. Loeb-Köln.

Fries: Beitrag zur Kasuistik der Lysolvergiftung. (Münch. med. Wochenschrift 1904, No. 16.)

Ca. 40 Fälle von Lysolvergiftung sind in der Literatur bekannt, wovon 17 tötlich verliefen. Auf Grund von Tierversuchen hat man versucht, eine Dosis toxica für den Menschen zu konstruieren. Die mögliche toxische Dosis des Lysolumpurum kann bei Kindern schon bei 4—5 ccm., bei geschwächten Erwachsenen bei 10,0—12,5 ccm. liegen.

Fr. berichtet einen Fall einer akuten Lysolvergiftung (25—30 gr. in selbstmörderischer Absicht genommen), in deren Verlaufe sich eine akute, haemorrhagische Nephritis entwickelte, welche durch die sekundäre, schwere Uraemie das Leben der Patientin in hohem Grade gefährdete.

Steiner-Mannheim.

Buri: Die übertriebene Furcht vor Kali chloricum. (Münch. med. Wochenschr. 1904, No 22.)

Kobert ist gegen die Anwendung des Kali chloricum in Form der beliebten Zahnpaste, da es gelegentlich schwere Methämoglobinbildung veranlaßt. Buri dagegen tritt neben Unna und Bockhart energisch für den Gebrauch der Zahnpaste bei Luetikern ebenso wie bei Gesunden ein, da bisher noch kein einziger Fall einer Methämoglobinvergiftung veröffentlicht sei, die Vorteile — Prophylaxe gegen Stomatitis und Prostatitis — dagegen feststehen. Gewarnt sei nur davor, den Patienten Kali chloricum als Schachtelpulver oder als Lösung in die Hände zu geben.

Steiner-Mannheim.

Digitized by Google

zum Busch: Die Entfernung der vergrößerten Prostata vom hohen Blasenschnitt aus. (Münch. med. Wochenschrift 1904, Nr. 25.)

B. gibt den Rat, die Operation in den Fällen zu versuchen, in denen ein sauberer Katheterismus unmöglich erscheint (Erblindung, Lähmung oder mangelhafte Intelligenz des Kranken und seiner Umgebung, ferner bei Blasensteinen, schließlich bei jüngeren Männern zur Ersparung eines jahrelangen Katheterlebens. B. operiert nach Freyer (73 Operationen mit 8 Todesfällen). Nach Eröffnung der Blase durch die Sectio suprapubica, Einführen des Zeigefingers in das Rectum, Heben der Prostata und Entgegendrängen derselben dem in der Blase arbeitenden Zeigefinger der anderen Hand. Nach Spaltung der Blasenschleimhaut mit Scheere oder Messer (später Kratzen mit dem Fingernagel durch die Schleimhaut, Enukleation des vergrößerten Organs (was von anderen Autoren bestritten wird). Drainage der Blase durch die Bauchwunde, kein Katheter. Die Kontraktilität der Blase stellte sich stets wieder her, das Zurückbleiben einer Blasenfistel wurde nicht beobachtet, ebenso nie eine Urininfiltration. Steiner-Mannheim.

Ernst Ruver: Drei Fälle von rasch aufgetretener Unterernährung auf der Basis von coitus interruptus. (Wiener med. Wochenschrift 52, 1903.)

Vf. beschreibt drei Fälle von Störungen nach coitus interruptus, die sich äußerten in bis zu starker Gewichtsabnahme zunehmendem körperlichen Mißbehagen, psychischer Alteration, vergesellschaftet mit Angstzuständen und Lebensüberdruß bei vollständig normalem sonstigem Untersuchungsbefund; kausale und tonisirende Behandlung — leichte hydrotherapeutische Maßnahmen, Chinin, ev. Strychnin —, sind empfolen.

Dr. Göbel-Göda (Sachsen).

Brüning, Freiburg i. B.: Über eine neue Methode der Heilung einer durch Trauma entstandenen Harnröhrenverengerung.

Im ärztlichen Verein demonstrierte Brüning folgenden Fall: Ein Mann zwischen 30 und 35 Jahren hatte sich durch ein Hinabstürzen vom Pferde eine Zerreißung der Harnröhre in der Gegend des Mittelfleisches zugezogen. Auf der chirurgischen Abteilung des Diakonissenhauses wandte Professor Goldmann folgendes Verfahren zur Heilung an, nachdem sich aus der Zerreißung der Harnröhre eine Verschließung derselben nahezu ausgebildet hatte. Er präparierte an der äußerlich verheilten Stelle der Harnröhre dieselbe auf 6 Centimeter weit nach beiden Seiten aus ihren Befestigungen über den cavernösen Körpern des Penis los, schnitt die verengerte Stelle der Harnröhre beidseitig quer ab, zog dann die freipräparierten freien Enden herunter und hinauf und näherte sie gegeneinander so, daß sie mit vier Nähten genau auf einander passend, vereinigt werden konnten. Ein vorher eingeführter elastischer Katheter ermöglichte die Reinhaltung der Wunde, er konnte schon am 4ten Tage entfernt werden; nach sechs Tagen war die Harnröhre wieder ein Ganzes und die Harnröhrenenden waren in ihrer neuen Lagerstätte eingeheilt, die Kontinuität der Harnröhre war so hergestellt, daß der Urin ohne Katheter durch die neugebildete Röhre entleert werden konnte. Das Endoskop zeigte die Schnittflächen der Schleimhaut linear vereinigt. H. Wolf-Freiburg.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—)
Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 9. **September 1904.** Jahrgang I.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *M. v. Margulies-Odessa*: „Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen." (Fortsetzung.)
2. *L. Weil-Stuttgart:* Quartalsbericht über Nierenkrankheiten.
3. *Robert Lucke-Magdeburg:* Über den Wert der Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe.
4. *Carl Doktor-Budapest:* Beziehungen des Bakterium coli commune zur Schwefelwasserstoffgährung des Harnes.

II. Referate:

1. *A. v. Korányi:* Über Nierenblutungen ungewissen Ursprungs.
2. *O. Busse:* Über Cystennieren u. andere Entwicklungsstörungen der Niere.
3. *Treplin:* Zwei Fälle von doppelseitigen Nierensteinen.
4. *B. Tenny:* Über Ureterensteine.
5. *Sinitzin-Moskau:* Über einen seltenen Fall von Haemoglobinuria paroxysmalis s. e. frigore.
6. *Th. Brugsch:* Salicyltherapie bei Nierenentzündung.
7. *L. Stricker:* The Ocular Complications of Bright's Discase.
8. *Grilli:* Kryoskopie und Pathogenese der Cataracta senilis.
9. *Arnold Lorand-Karlsbad:* Die Behandlung der schweren Formen des Diabetes mit besonderer Rücksicht auf die Diätetik.
10. *Julius Kiss:* Über einige einfache Methoden der Gährungs-Zuckerprobe.
11. *N. D. Dombrowski:* Über einen Fall von Kryptorchismus und Inkarzeration eines Hodens im Leistenkanal.
12. *R. M. Simon:* Reflex Disturbances Associated with Adherent Prepuce.
13. *Edward L. Keyes Jr, M. D. of New Jork:* Prognosis and treatment of urethral stricture.
14. *Poroß:* Die Verhütung der Blennorrhoe.
15. *J. Kalabin:* Über zwei Fälle von Ischias gonorrhoischen Ursprungs.
16. *Engelberth-Kopenhagen:* Technik der Urethralinjektionen.
17. *W. Erb-Heidelberg:* Syphilis und Tabes.
18. *A. Grotjahn:* Der gemeinsame Abendmahlskelch. — *Cnyrim-Frankfurt a. M:* Der gemeinsame Abendmahlskelch. — *A. Freudenberg* und *Grotjahn:* Der gemeinsame Abendmahlskelch. — *Liebe:* Der Einzelkelch. — *E. Roth-Halle:* Der gemeinsame Abendmahlskelch.

III. Besprechungen:

1. *Menge:* Über die Einwirkung einengender Kleidung auf die Unterleibsorgane, besonders die Fortpflanzungsorgane des Weibes.
2. *G. Reti-Wien:* Sexuelle Gebrechen.
3. *Ruth Bré:* Staatskinder oder Mutterrecht?

Digitized by Google

I. Originalarbeiten.

Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen.

Von **M. v. Margulies,** ordinierender Arzt der urologischen Abteilung des Israelitischen Krankenhauses zu Odessa.

(Fortsetzung.)

Bei dieser angeborenen Anomalie ist gewöhnlich auch nur ein Ureter vorhanden, und so wird schon die einfache Cystoskopie zeigen, daß wir einen Patienten mit solitärer Niere vor uns haben, wenn auch im Auge zu behalten ist, daß in seltenen Fällen auch ein Rudiment des zweiten Ureters vorhanden ist, welches, wie unter normalen Verhältnissen, zwar in die Blase mündet, aber in dem subperitonealen Zellgewebe blind endet. In solchen Fällen kann nur der Katheterismus der beiden Ureteren oder die Einführung eines Katheders à demeure in den Ureter vor einem verhängnisvollen Irrtum schützen. — Einen ähnlichen Fall beschreibt Krebs: Bei der cystoskopischen Untersuchung eines Patienten sah er, daß sich aus dem rechten Ureter trübe, blutige Flüssigkeit entleerte. Der linke Ureter hatte normales Aussehen, und aus demselben entleerte sich dem Anscheine nach reiner Harn. Die Operation ergab rechtsseitige Nephrolithiasis mit einer großen Anzahl von Steinen. Am folgenden Tage Exitus. Bei der Sektion fand man einen kleinen Rest von sekretionsfähigem Gewebe in der operierten Niere und vollständiges angeborenes Fehlen der zweiten Niere. An der Stelle, die der Blasenöffnung des Ureters der fehlenden Niere entsprach, sah man eine kleine Vertiefung in Form eines blind endenden Follikels.

Eine häufiger vorkommende Anomalie ist die Verschmelzung beider Nieren zu einer einzigen hufeisenförmigen Niere. Diese Anomalie ist durch das Vorhandensein zweier Nierenbecken und zweier Ureteren, die in der Harnblase normal münden, gekennzeichnet. Auch in diesen Fällen wird der Katheterismus der Ureteren, namentlich unter Zuhilfenahme des Katheter à demeure, wenn auch nicht darüber aufklären, daß wir mit einer Anomalie zu tun haben, so doch jedenfalls vor einer Operation warnen, da wir in beiden Harnportionen abnorme Bestandteile finden, d. h. annehmen werden, daß der Patient zwei in gleicher Weise erkrankte Nieren hat.

Es gibt noch viele andere Irrtümer, die dank dem Katheterismus der Ureteren vermieden werden können. Ich möchte nur noch folgendes Beispiel anführen. Israel operierte wegen Anurie einen Patienten, der an Nierenkoliken beiderseits, häufiger aber links litt. Da die linke Niere bei der Palpation sich als vergrößert erwiesen hat und am häufigsten Anfälle von Nierenkolik verursachte, eröffnete Israel diese Niere. Es fand sich hochgradige Hypernephrose mit zwei Steinchen; die außerordentlich dünnen Wände, sowie das vollständige Fehlen von Nierengewebe machten es sofort klar, daß die Anurie nicht durch diese überhaupt nicht funktionierende Niere, sondern durch die rechte Niere verursacht ist. Am folgenden Tage wurde die rechte Niere eröffnet, und nun ergab sich, daß diese Niere keinen Stein enthält, sondern daß ein solcher in dem stark erweiterten Ureter in der Nähe des Blasenendes steckt. Am folgenden Tage starb der Patient. Die Sektion ergab im rechten Ureter in einer Entfernung von 3 cm vom Blasenende einen Stein, der das Lumen des Ureters vollständig verlegte. Israel legt sich nun die Frage vor: Wäre nicht der Ausgang der Operation ein anderer gewesen, wenn man schon am ersten Tage, wo der Zustand des Patienten noch befriedigend war, die rechte Niere eröffnet und ihre Funktion wieder hergestellt hätte? Er selbst bekennt, daß er einen Irrtum begangen und nicht diejenige Niere eröffnet hat, die eröffnet werden sollte. Meinerseits wage ich hinzuzufügen, daß es mehr als leicht gewesen ist, diesen Irrtum zu vermeiden: man hätte nur die beiden Ureteren katheterisieren sollen, und man hätte dann sofort erkannt, wo das Hindernis steckt, welches die Anurie verursachte.

Zusammenfassend möchte ich den Wert und die Vorzüge des Ureterenkatheterismus wie folgt kennzeichnen:

1. Unter Zuhilfenahme des Ureterenkatheterismus kann man in zweifelhaften Fällen feststellen, welche der beiden Nieren erkrankt ist.

2. Der Katheterismus der Ureteren gewährt die Möglichkeit, sich von der Funktionsfähigkeit der zweiten, mutmaßlich gesunden Niere eine klare Vorstellung zu machen.

3. Der Ureterenkatheter gewährt die Möglichkeit, das Vorhandensein von etwaigen Hindernissen im Ureter festzustellen.

4. Der Ureterenkatheterismus gewährt die Möglichkeit, eine Uretero-Vesicalfistel genau zu diagnostizieren.

5. Der Ureterenkatheterismus nebst Zurücklassung einer Sonde im Ureter während der Operation läßt eine Verletzung des Ureters bei verschiedenen Operationen an den Organen der Bauchhöhle vermeiden.

Digitized by Google

6. Der Ureterenkatheterismus zeigt, ob eine zweite Niere überhaupt vorhanden ist.

7. Der Ureterenkatheterismus ist überhaupt bei der Anwendung desselben zu therapeutischen Zwecken von Nutzen.

Das sind die unschätzbaren Dienste, welche uns die Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus zu leisten vermögen, wenn auch damit durchaus nicht gesagt sein soll, daß man nicht auch ohne diese Untersuchungsmethoden in vielen Fällen eine richtige Diagnose zu stellen vermag. Eine derartige Schlussfolgerung wäre irrtümlich. Die nachstehende Schilderung einiger von uns beobachteter Fälle von Nierenerkrankung wird zeigen, daß in einigen Fällen der Ureterenkatheterismus vollständig überflüssig war und infolgedessen nicht angewendet wurde. Die Begeisterung für die Cystoskopie darf nicht zu weit gehen, und man muß stets an den Rat Guyon's denken, der sagte: „Das Cystoskop ist ein Instrument, welches man anzuwenden verstehen, aber ohne welches man sich auch zu helfen wissen muß."

1. I. G., 20 Jahre alt, aufgenommen am 16. Januar 1901. Der Patient klagte über Schmerzen in der linken Seite, die in der Richtung zum Nabel ausstrahlten. Zeitweise wurden die Schmerzen auch hinten an der Wirbelsäule verspürt. Vor 12 Jahren hatte der Patient einen Anfall von Hämaturie gehabt, die einen Tag angedauert und sich nach einem Jahre wiederholt hat. Der Patient klagte über besonders heftige Schmerzen beim Gehen und weniger heftige bei der Arbeit. In Ruhelage ließen die Schmerzen bedeutend nach. Vor 2 Jahren wiederum (zum dritten Mal) Hämaturie. Seit dieser Zeit nahmen die Schmerzen immer mehr und mehr zu, die Anfälle wiederholten sich immer häufiger und häufiger und wurden schließlich fast ununterbrochen und unabhängig davon, ob sich der Patient bewegte oder ruhig lag. Mit diesen Beschwerden wurde der Patient in die Klinik aufgenommen. Status: Der Patient ist mittelmäßig gebaut und ebenso genährt. Haut und sichtbare Schleimhäute blaß. Seinen Vater kennt der Patient nicht, die Mutter und Geschwister sind gesund. Als Kind hatte der Patient Typhus exanthematicus, vor 2 Jahren Influenza überstanden. Harnentleerung alle 2—3 Stunden, frei, schmerzlos. Nach den Schmerzanfällen nimmt die Miktionsfrequenz ziemlich bedeutend zu. Der Patient will niemals an einer venerischen Krankheit gelitten haben. Von Seiten der Brust- und Bauchorgane nichts abnormes. Rechte Niere nicht palpabel und nicht schmerzhaft bei Druck, linke gleichfalls nicht palpabel, aber bei Druck schmerzhaft. Etwas empfindlich bei Druck

ist auch der linke Ureter. Harnanalyse: Tägliche Harnquantität ca. 1400 ccm, Harn klar, strohgelb, sauer, spezifisches Gewicht 1017. Mikroskopische Untersuchung: Spuren von Eiweiß, einzelne Erythrocyten und Harnsäure-, sowie Oxalsäure-Krystalle in unbedeutender Quantität.

Cystoskopie: Kapazität der Harnblase normal, Blasenschleimhaut normal, Ureterenmündungen gut ausgesprochen. Linke Uretermündung größer als die rechte, gleichsam etwas klaffend; Blasenschleimhaut um dieselbe herum ziemlich stark hyperämiert. Die Kontraktionen der beiden Ureterenöffnungen sind regelmäßig. Der austretende Harn ist anscheinend beiderseits klar.

Die Krankengeschichte dieses Patienten spricht deutlich dafür, daß wir es mit einem primären, nicht infizierten Nierenstein zu tun haben. Der Charakter der Koliken, die Lokalisation derselben, ihre Steigerung nach Bewegung, das Vorhandensein von roten Blutkörperchen und Krystallen in dem Aussehen nach klaren Harn lassen über die Natur der Erkrankung keinen Zweifel aufkommen. Nur bei Neubildungen der Nieren, namentlich in den Anfangsstadien, kommen solche Blutungen vor, die von einander durch längere Zwischenpausen getrennt sind. Aber damit ist in diesem Falle die Aehnlichkeit vollständig erschöpft. Eine Neubildung hätte in den 12 Jahren ihres Bestehens zweifellos eine Vergrößerung der Niere herbeigeführt, wäre nicht auf den Allgemeinzustand des Patienten ohne Einfluß geblieben, sie hätte mit einem Worte weit ausgesprochenere objektive Symptome ihres Bestehens gegeben. Die Diagnose war in diesem Falle vollständig klar. Um aber jegliche Zweifel zu beseitigen, wurde noch folgendes vorgenommen: Es wurde der Morgenharn des Patienten (nach 12 stündiger ruhiger Bettlage) und an demselben Tage gegen Abend der Abendharn, nachdem der Patient wahrend des ganzen Tages fast ununterbrochen bis zu vollständiger Ermüdung herumging, untersucht. Diese Harnanalyse ergab Folgendes: Morgenharn: einzelne rote Blutkörperchen, spärliche Eiterkörperchen; Abendharn: ziemlich bedeutende Quantität von Erythrocyten, mäßige Quantität von Eiterkörperchen und Krystallen.

Dieses Experiment ist sehr beweisend. Man sieht klar, daß die Bewegung die Zahl der Erythrocyten im Harn stark vergrößert, d. h. eine mikroskopische Blutung hervorgerufen hat.

Im Krankenhaus bekam der Patient innerhalb 10 Tagen vier Kolikanfälle, die jedesmal 5—6 Stunden ununterbrochen anhielten. Die Untersuchung der linken Niere war während des Anfalls außer-

ordentlich schmerzhaft. Der Kranke vermochte auch nicht die einfachste Berührung zu ertragen. Es unterlag in diesem Falle keinem Zweifel, daß die linke Niere erkrankt ist. Abgesehen davon, daß sämtliche subjektiven Symptome links lokalisiert waren, konnte schon die Alteration des linken Ureters jeden Zweifel beseitigen — ein Umstand, dem unter anderen auch Posner wichtige Bedeutung beimißt.

In Anbetracht der vollständig klar gestellten Diagnose machte ich am 29. Januar die Nephrolithotomie nebst Anlegung von Nähten an die Niere. In Chloroformnarkose wurde nach entsprechender Vorbereitung des Patienten die lumbale Incision nach Guyon in einer Entfernung von 4 Querfingerbreiten von außen von der Wirbelsäule gemacht, die Incision vom oberen Rand der 12. Rippe senkrecht nachunten 4—5 cm lang fortgesetzt und dann bogenförmig zur vorderen oberen Spina ossis ilei gewendet und ca. 2—3 Querfingerbreiten oberhalb und parallel der Crista geführt. Nach Eröffnung der Nierenkapsel wurde in die Höhle der Finger eingeführt und mit diesem die Niere, welche ziemlich hoch oben unter der 12. Rippe lag, gefühlt. Um mehr Raum zu gewinnen, wurde ein 5 cm langes Stück von der 12. Rippe reseziert.

Einschaltend möchte ich einige Worte über die Resektion der 12. Rippe sagen. Viele Chirurgen schlagen vor, von diesem Eingriff Abstand zu nehmen, weil dabei die Pleurahöhle leicht eröffnet werden könne. Meines Erachtens ist diese Befürchtung übertrieben. In der Tat ist die 12. Rippe, wenn sie kurz ist, ganz mit Pleura bedeckt. In diesem Falle aber ist die Resektion überhaupt überflüssig. Ist aber die 12. Rippe lang, so liegt der äußere Teil derselben außerhalb der Pleurahöhle, sodaß wir bei der Resektion eines 4—5 cm großen Stückes nicht Gefahr laufen, die Pleura zu verletzen. Dieser Eingriff gewährt aber großen Spielraum und erleichtert bedeutend die weiteren Handlungen. In der Mehrzahl der von mir operierten Fälle habe ich die fragliche Resektion vorgenommen und niemals zur Reue Veranlassung gehabt: nicht ein einziges Mal ist es dabei zur Eröffnung der Pleurahöhle gekommen.

Mit der in die Höhle der Nierenkapsel eingeführten Hand fühlte man die in bezug auf Größe und Konsistenz normale Niere. Im Nierenbecken fühlte man deutlich einen Stein. Die Niere wurde hierauf nach außen hervorgezogen, die Nierengefäße wurden vom assistierenden Kollegen mit den Fingern komprimiert, am konvexen Rande der Niere wurde ein Sektionsschnitt angelegt, der die Niere in zwei

Hälften teilte, und aus dem Nierenbecken ohne Mühe der Stein extrahiert. Es war ein an der Oberfläche mit oxalsauren Höckerchen bedeckter Uratstein.

Wird die Kompression der Nierengefäße richtig ausgeführt, so verläuft die ganze Operation vollständig ohne Blutung. So war es auch in diesem Falle. Nach Entfernung des Steines wurde die Niere mit Seitennähten dicht vernäht (mit 4 tiefen Nähten, die tief durch die Nierensubstanz gingen, und mit 3 oberflächlichen) und an Ort und Stelle reponiert. Nachdem ich mich überzeugt hatte, daß eine Blutung nicht vorhanden ist, vernähte ich mittelst einer Seidenetagennaht die Nierenkapsel, die Muskeln und die Haut und ließ nur den unteren Wundwinkel offen, in den ein sterilisierter Gazetampon eingeführt wurde. Hierauf wurde ein Verband angelegt, der Patient nach dem Krankensaal getragen und hier eine subkutane Injektion von physiologischer Kochsalzlösung gemacht. Letzteres geschah nicht etwa, weil der Patient bei der Operation viel Blut verloren hätte, sondern weil der Patient auch vor der Operation sehr blutarm war.

Nun könnte die Frage gestellt werden: Weshalb ist die Incision durch die ganze Dicke der Niere gemacht worden, nachdem man den Stein deutlich im Nierenbecken gefühlt hat? Wäre es nicht einfacher und sicherer, das Nierenbecken zu eröffnen und den Stein zu entfernen, ohne die Niere selbst zu berühren? In der Tat kann es im ersten Moment scheinen, daß letztere Operationsmethode einfacher ist. Bei näherer Betrachtung wird man sich aber überzeugen, daß sie unvorteilhaft und gefährlich ist, und zwar aus folgenden Gründen: 1. Durch eine Incision des Nierenbeckens kann man nur kleine Steine entfernen. 2. Bei diesem Verfahren ist uns vollständig die Möglichkeit entzogen, die Niere zu besichtigen, in der event. auch weitere Steine vorhanden sein können. 3. Es gelingt nicht immer, nach der Entfernung des Steines das Nierenbecken zu vernähen, und schließlich 4. bleiben nicht selten Fistelgänge zurück, die den postoperativen Verlauf bedeutend komplizieren, ganz abgesehen davon, daß wegen mangelhafter Vorsicht Fälle von Durchschneidung des Ureters vorgekommen sind, die die Enucleation einer vollständig normalen und gesunden Niere erforderlich machten.

Unter diesen Umständen hat selbst ein so hervorragender Chirurg wie Israel die Pyelotomie vollständig aufgegeben und macht jetzt nur den Sektionsschnitt. Diese Incision ist am meisten zweckmäßig, da sie das Nierengewebe nicht zerstört, unblutig ausgeführt werden kann,

die Kelche und das Nierenbecken vollständig eröffnet und die Möglichkeit gewährt, die gesamte innere Oberfläche der Niere zu besichtigen.

Nun möchte ich zu der Krankengeschichte meines Patienten wieder zurückkommen. Am Tage der Operation stieg gegen Abend die Temperatur bis 37,7, die Harnquantität nahm auffallend ab (in den ersten 24 Stunden im ganzen 500 ccm), der Harn war mit Blut stark gefärbt. Das subjektive Befinden des Patienten war befriedigend. In den folgenden Tagen blieb die Temperatur normal, der Verband trocken, die Harnquantität stieg allmählich (800—1000—1100). Subjektives Befinden vorzüglich, Schmerz nicht vorhanden. Der Kranke äußert den Wunsch, zu sitzen. Am 8. Tage stieg die Temperatur bis 38,3, der Verband wurde vollständig durchnäßt. Erster Verbandwechsel: die Wunde war per primam geheilt, der Tampon durch und durch mit blutigem Wundsekret durchtränkt. Tamponwechsel, Verband. Am folgenden Tage sank die Temperatur bis zur Norm, und die Harnquantität verringerte sich wieder (600 ccm). Seit diesem Tage verlief das postoperative Stadium vollständig regelmäßig von statten. Die Temperatur blieb ununterbrochen normal, der Harn wurde vollständig klar, die tägliche Harnquantität erreichte ihre normale Grenze. Am 15. Tage verließ der Kranke das Bett und am 18. Tage das Krankenhaus mit vollständig geheilter Wunde und bedeutender Körpergewichtszunahme. Die Anfälle von Nierenkolik sind nicht wieder gekommen.

Ein primärer Stein ist somit, wie aus dem vorstehenden Falle klar hervorgeht, vom operativen Standpunkte aus für den Verlauf und für die Prognose gewöhnlich günstig, da die Heilung per primam, falls Komplikationen fehlen, sehr rasch eintritt. Der Mortalitätsprozentsatz beträgt ungefähr 2—4, d. h. ist geringer als bei gewöhnlicher Lithotripsie.

Ich habe diesen Fall ausführlich mitgeteilt, weil er ein typischer Fall von Nierenstein ist, in dem die Diagnose keine besonderen Schwierigkeiten verursachte. Dies ist leider nicht immer der Fall. Das Krankheitsbild ist häufig so unklar, daß selbst die erfahrensten Chirurgen schon irrtümliche Diagnose gestellt haben. Man darf nicht vergessen, daß ein Nierenstein häufig aus dem Grunde unerkannt bleibt, weil die Hauptsymptome, die für die Diagnose erforderlich sind, nämlich Nierenkoliken mit in der Richtung zur Harnblase ausstrahlenden Schmerzen, Hämaturie und Abgang von Harngries, wie Rovsing mit Recht bemerkt, einerseits auch bei anderen Krankheiten vorhanden sein, andererseits aber bei Nierensteinen fehlen können. (Fortsetzung folgt.)

Quartalsbericht über Nierenkrankheiten.

Von Dr. **L. Weil**, Spezialarzt für Stoffwechselkrankheiten in **Stuttgart.**

1. Quartal 1904. Referiert sind:

Deutsche medizinische Wochenschrift.
Münchener „ „
Petersburger „ „
Prager „ „
Wiener „ „
Berliner klinische Wochenschrift.
Allgemeine medizinische Zentralzeitung.
Zentralblatt für die gesammte Medizin.
„ „ „ medizinischen Wissenschaften
Deutsche Medizinalzeitung.
Ärztliche Rundschau.
Deutsches Archiv für klinische Medizin.
Zeitschrift für klinische Medizin.
Correspondenzblatt des württembergischen ärztlichen Landesvereins.
„ für schweizer Ärzte.
Schmidt's Jahrbücher.
Therapie der Gegenwart.
Therapeutische Monatshefte.
Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie.
Blätter für klinische Hydrotherapie.
Virchow's Archiv.
Zentralblatt für die allgemeine Pathologie.
Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.
Archiv für klinische Chirurgie.
Zentralblatt für die Harn- und Sexualorgane.
Monatsberichte für Urologie.
Monatsheft für praktische Dermatologie.
Ärztliche Sachverständigenzeitung.
Monatsschrift für Unfallheilkunde.
Zentralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten.
Archiv für Verdauungskrankheiten.
Archiv für Gynäkologie und Geburtshülfe.
Zeitschrift für „ „ „
Monatsschrift für Gynäkologie und Geburtshülfe.

Digitized by Google

Jahrbuch und Archiv für Kinderheilkunde.
La semaine médicale.
Le progrès médical.

I. Ätiologie.

Zu einer Mitteilung von Grenat et Moizard, die zwei Fälle von hämorrhagischer Nephritis im Verlaufe von einfachen Anginen sahen, ferner zu einer von Comby mit der gleichen Beobachtung, glaubt Marfan annehmen zu müssen, daß diese Anginen eine forme fruste des Scharlachs seien (progrès médical pag 9). Wer aber — meint der Referent — gewohnheitsmäßig Urine von Angina-Kranken untersucht, wird nicht darüber erstaunt sein, daß hie und da einmal einer Mandelentzündung eine Nierenerkrankung schwererer Art folgt, sondern immer und immer wieder darüber, wie unglaublich rasch nach Ablauf der primären Erkrankung die Haufen von Cylindern, unter denen die granulierten sehr häufig nicht den Adel, sondern das gemeine Volk repräsentieren, aus dem Urin verschwinden und wieder normale Verhältnisse eintreten. Bei Anginen jeder Art (besonders aber bei den alltäglichen lacunösen) finden sich nach des Referenten Meinung viel häufiger Cylinder im Harn, als bei anderen fieberhaften Krankheiten. Also nicht über die Nephritis muß man sich wundern, sondern über das außerordentlich häufige Verschwinden und das äußerst seltene Aufflackern derselben.

Guinon beobachtete, daß auch nach Hautverletzungen hämorrhagische Nephritis eintreten kann und Broca hat nach impetiginösen Geschwüren bei einem Mädchen hämorrhagische Nierenentzündung gesehen.

In allen Fällen, in welchen acute Erscheinungen der Blei-Vergiftung zu beobachten waren, fand Klieneberger (Intoxicatio saturnina und Nephritis saturnina Münchener medizinische Wochenschrft pag. 340) Albumen und Formbestandteile im Urin. Besonders reichlich waren im Sediment gekörnte Nierenepithelien und granulierte Zylinder vertreten, während sich nur wenige Erythocyten und weiße Blutkörperchen fanden. Daraus schließt der Autor auf das Bestehen einer parenchymatösen Nephritis und zieht weiter — da ja die meisten Autoren bei chronischem Saturnismus eine Schrumpfniere beobachtet haben — den Schluß, daß die Nephritis interstitialis sich ätiologisch auf ein Nephritis parenchymatosa zurückführen läßt.

Digitized by Google

Über „Salicyltherapie und Nieren" teilt Theodor Brugsch (Therapie der Gegenwart pag. 58) seine Erfahrungen mit. Bekanntlich hat Lütkje vor kurzer Zeit schädliche Wirkungen des Salicyls auf die Nieren beschrieben. Brugsch kann nun, obwohl auch er der Salicylsäure und allen ihren Verbindungen nierenschädigende Eigenschaften nachsagen muß, die durch die Arbeit von Lütkje erregten Befürchtungen etwas eindämmen. Nach großen Aspirin- oder Salicylgaben (über 5 gr) sah er am darauffolgenden Tage im Urin nur einige wenige hyaline Zylinder, am zweiten Tage aber fanden sich stets reichliche hyaline und granulierte Zylinder, Nieren-Epithel, Leukocyten, manchmal auch Erythrocyten. Allmählich verschwinden sie wieder, es bleiben zunächst noch einige Cylindroïde zurück, bis auch diese vermißt werden. Das Ganze macht mehr den Eindruck eines Katarrhs, als den einer der tiefgehenden Entzündung. Albuminurie sah er in 5 % der Fälle, Oxalurie in ca 10 %. Die Lehre ist: Man darf ruhig 5 gr Aspirin (oder Salicylsäure) an einem Tage geben, jedoch nicht auf einmal, sondern in verteilten Gaben. Brugsch giebt am ersten Tag eines acuten Gelenkrheumatismus stündlich 0,5 gr Aspirin.

Vom 2.—10. Tag 6 mal täglich 0,5 gr.
„ 10.—14. „ 4 „ „ „ „
„ 15.—16. „ 2 „ „ „ „

Beim chronischen Gelenkrheumatismus soll man nie mehrere Tage hintereinander hohe Dosen geben. Sehr günstig auf die Nieren wirkt eine gleichzeitige Diaphorese. Da sich im Schweiß nie Salicylsäure nachweisen ließ, so kann als Grund für diese günstige Einwirkung nur eine sonstige Entlastung der Niere durch den Schweiß angegeben werden.

Guépin (Progrès médical pag 85) erklärt das Sublimat als wertloses Mittel bei Urinaffektionen jeder Art. Es wirkt nierenreizend.

Über die Kalium chloricum-Therapie und Nieren teilt Quinke in einem beachtenswerten Aufsatz (Zur Pathologie der Harnorgane. Deutsches Archiv für klinische Medicin 79 Bd. 3 — 4 Bg. 1904) einige interessante Beobachtungen mit. Ein Patient hatte eine mäßige Cystitis mit starker Reizbarkeit der Blase. Er bekam zunächst $3 \times 0{,}25$ gr. Kalii chlorici, die jedoch ohne Einwirkung blieben. Die Dosis wurde deshalb auf $8 \times 0{,}5$ gr in 24 Stunden (Maximaldosis 8 gr) erhöht und diese Menge 2 Tage lang gereicht. Der Patient starb kurz darauf

unter den typischen Zeichen einer Kali-chloricum-Vergiftung. Die Sektion ergab schwere cystöse Entartung beider Nieren, die intra vitam wie gewöhnlich keinerlei Erscheinungen gemacht hatte. Die Gift-Wirkung des weit unter der Maximaldose gereichten Präparates basierte also auf der schweren Nierenerkrankung. Ein zweiter Patient, der an einseitiger Pyelonephritis und doppelseitiger Hydronephrose litt, erhielt — ebenfalls in der Annahme, es handle sich um eine Affection der Blase und Harnverhaltung — 5 Tage lang je 3,0 gr des gleichen Mittels. Er starb an chronischer Urämie, die durch die Darreichung von Kalium chloricum beschleunigt worden war.

Auf ein ganz anderes Gebiet führen uns die Franzosen. Sie operieren mit noch etwas unklaren Vorstellungen von Nephrolysinen, die seit ungefähr Jahresfrist aufgetaucht sind. de Play et Corpechot (soc. de biologie 6. II. 1904 referiert im progrés médical pag 121 und der semaine médicale pag 46) haben Kaninchen Nierengewebe eingespritzt und darnach schwerste Nierenveränderungen gesehen, die sie teil als Hyperplasie der speziellen Nierenbestandteile, teils als Produkte einer Entzündung aufzufassen scheinen. Ebenfalls als Erzeugnisse von Nephrolysinen glaubt Charrin (ebendort) seine Beobachtungen erklären zu müssen. Er spritzte trächtigen Tieren Nieren-Emulsion ein und fand darnach Nierenerkrankungen der Foeten. Es bilden diese Versuche den Übergang zu den gründlichen deutschen Arbeiten über Eclampsie, auf die der Referent noch zu sprechen kommen wird.

Auf realerem Boden steht eine Arbeit von Freund: Über cyklische Albuminurie (wissenschaftlicher Verein der Ärzte zu Stettin Original-Bericht in der Berliner klinischen Wochenschrift vom 28. III pag 348). Er fand diese Krankheit bei einem 16jährigen Schüler: Der Morgenharn war stets frei von Albumen; im Lauf des Vormittags trat ein maximum bis zu 1 $^{0}/_{00}$ Albumen auf. Zylinder konnte der Autor nie konstatieren, dagegen manchmal Leukocyten und oxalsauren Kalk. Sonstige objektive oder subjektive Krankheitserscheinungen fehlten. Freund erklärt sich die cyklische Eiweißausscheidung folgendermaßen: Zur Zeit der Entwicklung und der durch diese bedingten relativen Herzinsufficienz gehört anscheinend ein geringerer Grad von Nierendisposition als bei Erwachsenen dazu, um Albuminurie zu erzeugen. Daher komme es, daß nach Ablauf der Pubertät oder spätestens nach Vollendung des Körperwachstums in der Mehrzahl der Fälle die Albuminurie aufhört, weil dann das Herz nicht mehr insufficient ist und der geringe Grad von Nierendisposition für eine Albuminure nicht mehr genügt.

II. Diagnose und Prognose. Funktionsprüfung. Permeabilität.

Zur Technik der klinischen Eiweißbestimmung im Harn und anderen Flüssigkeiten nach Brandberg gibt Högerstedt (st. Petersburger medicinische Wochenschrift No. 6 1904) einen Beitrag. Das Spieglersche Reagenz zeigt bei der Überschichtungsprobe einen eben noch sichtbaren Ring bei einem Eiweißgehalt von 1 : 200000, Essigsäure-Ferrocyankaliummischung noch bei 1 : 50000; die hellersche Probe wird in der dritten Minute noch positiv bei 1 : 30000. Diese Grundsätze verwendet Högerstedt in seiner Modifikation der Brandbergschen Bestimmung, die zweifellos dem Esbach sehr vorzuziehen ist, aber leider nicht ebenso mühelos zum Ziel führt. Högerstedt meint zwar, daß nur eine Viertelstunde zur Untersuchung nötig ist, dem Referenten ist dies noch nie gelungen — trotz einiger Übung. Er saß schon $^1/_2$ — $^3/_4$ Stunde an der Bestimmung. Die Untersuchung geht folgenden Weg. Man stellt die Kochprobe an und ersieht aus ihr, ob viel oder wenig Eiweiß vorhanden ist. Ist viel da, so verdünnt man den Harn z. B. 10 fach, wenn die Quantität eine geringere zu sein scheint, in entsprechend geringerem Verhältniß, stellt mit dem verdünnten Harn die hellersche Probe an und beobachtet, wie diese ausfällt. Ist sie stark, nimmt man von dem verdünnten Urin 1 ccm, um weiter mit ihm zu arbeiten, ist sie schwach 2 — 3 ccm. Zu dieser Menge fügt man nun so lange Wasser hinzu, bis die Probe nach 3 Minuten gerade negativ geworden ist, resp. noch in der vierten Minute auftritt. Der nächst höher gelegene Punkt ist der gesuchte. Die Berechnung geschieht nach folgender Methode. Wissen muß man die Menge des verdünnten Harns, mit dem man operiert hat (v: z. B. 2 ccm); die Menge des zum verdünnten Harn zugesetzten Wassers (a: z. B. 1,6 ccm) und den Grad der Verdünnung des Harns (s: z. B. 6), dann ist der gesuchte prozentuale Eiweißgehalt

$$= \frac{s\ (v + a)}{300 \cdot v} \text{ z. B. } \frac{6\ (2 + 1{,}6)}{300 \cdot 2}$$

oder 0,036 %. Hat man zu 1 ccm 10 fach verdünnten Harns 11 ccm Wasser zulaufen lassen müssen, um zu dem gewünschten Punkt zu gelangen, so ist

$$\frac{10\ (1 + 11)}{300 \cdot 1} = 0{,}4\ \%$$

Albumen vorhanden. Die Probe ist sehr geeignet, kleine Eiweißmengen quantitativ festzustellen, hat jedoch wie alle Ringproben, den Nachteil,

daß bei kleinem Eiweißgehalt in konzentrierten Harnen eventuell ausfallende harnsaure Salze sehr störend wirken können.

Ueber die Eiweißkörper des Urins bei Nierenkranken und Gesunden berichtet Arturo Calvo (Zeitschrift für klinische Medicin 51. Bd. 5. und 6. Heft pag. 502). Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Bei jedem eiweißhaltigen Urin ist durch bestimmte Verdünnungen und durch entsprechenden Essigsäure-Zusatz ein Eiweißkörper ausfällbar, dessen Menge sehr verschieden ist. Besonders ist zu bemerken, daß man zuweilen bei reichlichem Eiweißgehalt des Harns nur eine ganz schwache Essigsäurereaktion findet.

2. In der größten Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei vorwiegend um Euglobulin (und Fibrinoglobulin), daneben um Serumalbumin und Pseudoglobulin; manchmal treten die zwei letztgenannten Eiweißkörper (speziell Serumalbumin) in den Vordergrund.

3. Euglobulin findet sich sehr reichlich bei febriler Albuminurie und kann die übrigen Eiweißkörper an Menge stark übertreffen. Pseudoglobulin war dagegen bei febriler Albuminurie gewöhnlich nur in geringer Menge vorhanden, bei schweren Formen von chronischer Nephritis — im Gegensatz zum Euglobulin — war es oft sehr reichlich vertreten.

4. Nach der Dialyse kann man in jedem normalen d. h. in jedem in gewöhnlichem Sinne nicht eiweißhaltigen Urin einen durch Essigsäure-Zusatz allein fällbaren Eiweißkörper nachweisen, der vorwiegend aus Euglobulin besteht.

Diese Resultate sind in mancher Beziehung interessant. Das Euglobulin scheint derjenige Eiweißkörper des Blutes zu sein, der am leichtesten das Nierenfilter passiert. So findet man bei körperlichen Anstrengungen sehr häufig nur das Euglobulin, und erst bei stärkeren auch die übrigen Bluteiweißkörper im Urin. Es wird auch im normalen Zustande ständig ausgeschieden; besteht eine „angeborene größere Durchlässigkeit der Glomerulusmembran" (Leube), so wird diese normale Ausscheidung verstärkt: es tritt das ein, was Leube physiologische Albuminurie nennt. Ein hübscher Laboratoriumsbeweis für eine klinisch gefundene Tatsache! Eine pathologische Albuminurie müßte man demgemäß erst dann annehmen, wenn das Euglobulin an Menge hinter den anderen Eiweißkörpern zurücktritt. Auch die febrile Albuminurie müßte man von diesem Gesichtspunkt aus häufig als eine physiologische betrachten! Weitere Untersuchungen in dieser Richtung dürften noch mehr erfreuliche Resultate zeitigen.

Digitized by Google

Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Netzhauterkrankungen bei Nephritis bespricht Elschnig (Wiener medecin. Wochenschrift pag 446 und 494). Er konnte in 63 % aller seiner Fälle Netzhaut-Erkrankungen constatieren, wenn er auch die zarten und geringfügigen Veränderungen dabei zählte. Rechnet man die Befunde, welche auch bei anderen Krankheiten wie Alkoholismus, Herzkrankheiten oder Arteriosclerose erhoben werden können, ab, so bleiben noch immer 32,5 % aller Fälle mit ausgesprochenen Veränderungen an der retina. . Der pathologische Netzhautbefund läuft im allgemeinen dem Allgemeinleiden parallel. Bessert sich der letztere, so können auch sehr schwere retinische Veränderungen in kürzester Frist wieder zurückgehen. Bleibt die Netzhauterkrankung stationär, so ist die Prognose düster, noch viel mehr natürlich, wenn die Retinitis Fortschritte macht. Von den einzelnen Retina-Erkrankungen geben die atypische Form eine günstigere Prognose, die typische Retinitis eine schwere, eine schlechte die Retinito-Chorioiditis albuminurica.

Ehe wir an die Litteratur über die funktionelle Diagnostik gehen, möchten wir eine Arbeit anführen, deren Kenntnis für das Verständnis Nierenfunktion uns wichtig erscheint. Über osmotisches Gleichgewicht schreibt Köppe (Deutsche Medizinalzeitung 31. März 1904). Seine Schlüsse sind:

1. Bei demselben Individuum stehen die verschiedenen Körperflüssigkeiten innerhalb schwankender aber geringer Unterschiede im osmotischen Gleichgewicht.

2. Der osmotische Druck derselben Körperflüssigkeit desselben Individuums ist nicht immer der gleiche, sondern unterliegt Schwankungen.

3. Durch Ausfuhr von Wasser oder Salzen durch Nieren, Lungen, Darm etc. kann ebenso eine Änderung des osmotischen Druckes der Körpersäfte eintreten, wie durch Zufuhr von Nahrung, Wasser und Salzen und durch interne Stoffwechselvorgänge. Bedingt wird der osmotische Druck einer Körperflüssigkeit durch die verschiedene Durchlässigkeit der Zellwände, die sie einschliessen. Köppe glaubt an die Semipermeabilität der Zellwände nicht nur nach beiden Seiten, sondern auch nach einer bestimmten Richtung. Die nächste Aufgabe müsse es sein, die Natur der halbdurchlässigen Membranen festzustellen.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Über den Wert der Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe.

Von Dr. **Robert Lucke**, Spezialarzt für Urologie in **Magdeburg**.

Wie allgemein zugegeben wird, ist durch die Einführung der neueren Silberpräparate mit maskierter Bindung des Metalls in die Injektionstherapie der akuten Gonorrhoe die Behandlungsdauer — wir nehmen der Eindeutigkeit halber nur Erstinficierte an — kaum kürzer geworden, es gibt noch genug Fälle, die mehr als 2 Monate dauern. Ich kann hinzufügen, daß auch Urethritis posterior wenigstens in meiner Beobachtung in weit mehr als der Hälfte der Fälle beobachtet wird, allerdings selten unter dem Bilde sehr heftiger Reizerscheinungen — in der Praxis nennt man das akuten Blasenkatarrh — wie es bei anderen Mitteln (Argent nitr., Zinc. sulf. etc.) gewöhnlich ist. Es ist doch nun auffällig genug, daß Mittel wie Protargol und Albargin, deren bedeutende gonococcentötende Kraft in den bei Einspritzungen gebrauchten Stärken im Versuch erwiesen ist, in praxi auch bei ganz frischen Fällen streng genommen versagen, insofern ein Coupieren mißlingt. Ich bin zuerst bei der Behandlung der nach Dilatationen gelegentlich auftretenden gonococcenführenden Urethritiden, die einem frischen gewöhnlichen Tripper ganz ähnlich sind, zu der Überzeugung gekommen, daß 1 % Protargol- oder 0,5 % Albarginlösungen zu schwach sind, um am Menschen angewandt, sicher zu wirken. Dazu kommen die Mängel der gebräuchlichen Injektionstherapie.[1]) Allmählich bin ich zu immer stärkeren Protargollösuugen gekommen und schließlich bei 20 % wässerigen, in bekannter Weise hergestellten Lösungen angelangt. Diese zeichnen sich durch die subjektiv geringen Reizwirkungen aus. Von der Verwendung entsprechend starker Albarginlösungen bin ich zurückgekommen. Neuerdings habe ich als dem Protargol noch überlegen 15 % Novarganlösungen benutzt. Dieses neue von der chemischen Fabrik von Heyden Dresden-Radebeul hergestellte Silberproteinat enthält mehr Ag., nämlich 10 % und reagiert nur sehr schwach alkalisch. Injektionen muß ich verwerfen wegen der Möglichkeit des Durchtritts in die hintere Harnröhre, ich mache nach vielfachen Versuchen mit Pinselungen, Gelatinestäbchen usw. nur noch Instillationen in die Urethra anterior — nur wenn diese allein krank ist, kommt ja das Verfahren in Frage — mittelst der

[1]) Münch. med. W. 1904, No. 2.

Digitized by Google

Guyon'schen Vorrichtung und zwar empfehle ich einen Instillationskatheter 13 Filière Charrière und ungefähr 23 cm lang, die übermäßig langen Katheter sind unpraktisch. Die Flüssigkeit wird von hinten nach vorn in Menge von $^1/_2$ ccm über die vordere Röhre verteilt. Bis zu welchem Zeitpunkt, von der Infektion an gerechnet, bietet nun das Verfahren Aussicht auf Erfolg?

Im Durchschnitt ist der 6. Tag nach der Infektion der späteste, an dem die Behandlung noch begonnen werden kann, jedoch müssen im einzelnen Fall noch andere Umstände berücksichtigt werden, z. B. sind Fälle, die beim Urinieren heftige Schmerzen haben, ungeeignet. Über die Häufigkeit der Applikation ist zu sagen, daß einmalige fast nie genügt. Wir machen die Instillationen täglich in 24—36 stündigen Zwischenräumen, vorausgesetzt, daß die Eiterung dann nicht stärker geworden ist. In diesem Falle ist die Kur nicht fortzusetzen. Die Wiederholung der Instillationen kann bis zu einer Woche erfolgen. Bei mir kommen auf diese Weise 41 % der Fälle (I. Infizierte) zur Heilung, die große Menge der anderen zeigt milden Verlauf, einige scheinen verschlechtert und zwar waren das, so weit bisher zu sehen, nur glanduläre Formen. Ich bin bei Versuchen, in diesen Fällen andere Mittel zur Abortivkur zu benutzen, kann aber darüber noch keine näheren Mitteilungen machen.

Wenn ich sage, es kommen 41 % zur Heilung so verstehe ich darunter, daß diese Anzahl bei der Beendigung der Abortivkur mikroskopisch gonococcenfrei ist, keinen Ausfluß mehr hat, höchstens Fäden. Wie mich aber urethroskopische Nachuntersuchungen, die ich allerdings nur selten bis nach Verlauf von 2 Monaten anstellen konnte, belehrt haben, sind durchaus nicht sämtliche so geheilte Fälle urethroskopisch normal, vielmehr fanden sich nicht nur weiche Infiltrate, sondern auch öfters harte z. T. sehr derbe Infiltrate vor. Es ist demnach die Abortivmethode, so weit bisher zu beurteilen, wenigstens für eine Reihe von Fällen, weiter nichts als eine sehr abgekürzte Behandlungsart des akuten Stadiums des Trippers, ohne daß weiterhin urethroskopische Untersuchung und Dilatationsbehandlung überflüssig wären. Nichtsdestoweniger ist die beschriebene Abortivkur durchaus zu empfehlen und allen anderen, wie auch in der soeben erschienenen Arbeit von Bettmann (Münch. med. W. 1904, No. 28) bestätigt wird, überlegen, besonders das Janet'sche Spülverfahren, dessen größte Schwäche ich in der ganz unzureichenden baktericiden Kraft des Kal. permangan. sehe, kann ihr das Wasser nicht reichen.

Digitized by Google

Beziehungen des Bakterium coli commune zur Schwefelwasserstoffgährung des Harnes.

Von Dr. Carl Doctor, emerit. Universitätsassistenten in Budapest.

Seit Langem ist es bekannt, daß der Harn unter gewissen Umständen Schwefelwasserstoff enthält und war man bestrebt den Grund dieser Erscheinung mit Zersetzungsvorgängen im Harn, mit Bakterien-Einflüssen, concommittierenden krankhaften Veränderungen des Körpers, resp. Stoffwechselveränderungen im Organismus zu erklären.

Es dürfte daher nicht ohne Interesse sein, wenn wir kurz die diesbezüglichen literarischen Angaben überblicken, bevor ich auf die meritorische Erläuterung meiner Beobachtungen übergehe, die den Zweck dieser Abhandlung bilden.

Schon Ranke macht in seinem Lehrbuche der Physiologie über den Schwefelwasserstoffgehalt des Harnes Erwähnung und folgert aus seinen Versuchen, daß derselbe auf eine Fermentbildung zurückzuführen sei. Nach Analogie der ammoniakalischen Gährung sprechen wir seither noch jetzt von Schwefelwasserstoffgährung.

Bekanntlich führte Pasteur die aus dem Harnstoff stammende ammoniakalische Gährung des Urin's auf Mikroorganismen zurück, und zwar entweder auf im Harn auftretende Mikrococcen, oder zwei stäbchenförmige Spaltpilze (Virchow's Archiv 100, 555, Journal of the chem. Soc. 1888), während neuerdings dieselben Autoren andere Bakterienarten beschrieben, ja selbst die Sarcina der Lunge fähig halten zur Hervorrufung der ammoniakalischen Zersetzung des Harnes. Anlangend die Bildung des Hydrothion aus Bakterien ist diese Eigenschaft im Sinne der Untersuchungen von Petri, Maassen, Stagnitta, Balistreri, Max Morris, vielen Bakterien gemeinschaftlich. Nach Stagnitta hängt dieselbe von der Zusammensetzung des Nährbodens ab, Morris fand sie auch bei Proteus vulgaris, Typhus und Malleus. Bei einer gewissen Gattung von Bakterien ist das Körperprotoplasma amyloid- oder eher granulosehaltig, gibt die Jodreaktion, andere enthalten krystallähnliche Schwefelkörperchen, wieder andere Eisenoxyd. Rubner ist der Meinung, daß der zur Schwefelwasserstoffbildung verwendete Schwefel aus den organischen Schwefelverbindungen des Nährbodens stammt. Fromme mengte zum Gelatine-Nährboden Eisen (3 % iges Eisentartarat oder Saccharat) und dokumentierte durch die schwarze Farbe des Schwefeleisens die Bildung des Schwefelwasserstoffes.

Digitized b

Einzelne Autoren heben hervor, daß man aus jedem Urine Schwefelwasserstoff gewinnen kann, wenn wir denselben mit Mineralsäure kochen, trotzdem steht es fest, daß unter normalen Verhältnissen im frisch gelassenen Harn kein H_2S zu finden ist, seine Anwesenheit ist daher auf pathologische Momente zu beziehen. Nach F. Müller ist derselbe bei solchen Krankheiten zu beobachten, die mit Zerfallserscheinungen in den Harnwegen, oder deren Nachbarschaft, Fistelbildung zwischen Dickdarm und Blase im Falle von Emminghaus, Senator, Betz einhergehen. Es ist nicht wahrscheinlich und keineswegs noch erwiesen, daß der H_2S von den benachbarten Organen mittelst Diffusion in die Blase gelangen kann, doch sicher steht, daß derselbe im Gefolge gewisser Gährungsvorgänge auch in der Blase selbst sich entwickeln könne. Dies beweisen die Angaben von Müller, Rosenheim, Guttmann, L. Troja, Jaksch.

Härtling hat den Beweis erbracht, daß der stehende Urin bei seiner Zersetzung ebenfalls H_2S produziert und hierbei saure Reaktion behält. Aus seinen und den Untersuchungen Laube's wissen wir, daß diese der ammoniakalischen Gährung analoge Schwefelwasserstoffgährung durch Mikroben verursacht wird. Wahrscheinlich sind zur Anregung dieser Schwefelwasserstoffgährung auch andere Mikroben fähig.

Doch der springende Punkt der Frage liegt nicht darin, welcher Mikroorganismus im Stande ist, Schwefelwasserstoff-Gährung zu verursachen, sondern ob überhaupt dieselbe durch Mikroorganismus bedingt ist. Frisch gelassener und durch Kochen sterilisierter Harn zeigte selbst nach Wochen keine Schwefelwasserstoff-Gährung, woraus hervorgeht, daß wir mit frischem Urin arbeiten müssen, denn selbst nach kurzem Stehen an der Luft kann eine genügende Menge von Mikroben in den Harn geraten, um H_2S-Gährung zu erregen. — F. Müller hat aus solchem frisch gelassenen Harn mit Schwefelwasserstoffinhalt zweierlei Coccen kultiviert, deren Einer ovaler Gestalt $0 \cdot 8\ \mu$ lang und oft in Form eines Diplococcus in die Erscheinung tritt, der Andere rundlich und größerer Form war, in sterilen Harn überimpft, Schwefelwasserstoffgährung erzeugt, was laut seiner Erfahrung im eiweiß- und schwefelfreien Harn leichter vor sich geht.

Rosenheim und Gutzmann erhielten selbst aus schwefelsäurefreiem, doch sulphathaltigen Harn kein Schwefelwasserstoff. J. P. Karphus hält für die Ursache der Schwefelwasserstoffgährung einen dem Typhusbazillus ähnlichen, sich lebhaft bewegenden, fakultativ anaeroben Bazillus, der in sterilen Harn überimpft bei dessen saurer Reaktion

Digitized by Google

H_2S entwickelt und laut seiner Meinung aus unterschwefligen Salzen und neutralem Schwefel abgespaltet wird.

Müller fand bei ulcerativen Prozessen der Lunge im Harn Schwefelwasserstoff, ferner Spuren desselben im Sputum bei gewissen Bronchitisarten, ein andermal im Darmtrakte, was für Eiweißzerfall spräche. Diese Zersetzungsvorgänge sind durch 0·2 gr. Calomel aufzuhalten und tatsächlich ging der Indikan und Phenolgehalt des Harnes zurück, ja verschwand vollends und trotzdem blieb der H_2S-Gehalt auf gleicher Höhe. Es bleibt somit nichts anderes übrig, als den Grund der Schwefelwasserstoffgährung im Harn selbst zu suchen.

Die Semiologie des Harnes bot in solchen Fällen regelmäßig das Bild einer Cystitis älterer Genese dar, die durch eine rectovaginale Fistel (post partum) entstand. Die meisten Fälle von Schwefelwasserstoffgährung im Harn sind auf mangelhafte chemische Untersuchung zu beziehen, denn der Nachweis des H_2S mittelst in Bleiacetat getauchten Papierstückchen bei Erwärmung ist nicht verläßlich, beweist keineswegs, daß der Harn praeformierten H_2S enthält, da es andererseits bekannt ist, daß der Harn bei längerem Stehenlassen H_2S entwickelt, ja die Erhitzung dem noch Vorschub leistet. Dies wurde von Sertol, J. Munk konstatiert. Als Quelle dieser Erscheinung hält Munk das Rhodankali, das mit schwachen Säuren erhitzt, auf H_2S und Blausäure spaltet, weshalb es nicht gestattet ist, den Harn behufs Nachweises des H_2S mit schwachen Säuren zusammenzubringen.

In der Literatur sind zahlreiche Fälle verzeichnet, in welchen der H_2S aus gewissen Körperhöhlen in das Blut aufgenommen, am Wege der Nieren mit dem Harne ausgeschieden wurde. Belege hierfür sind die Fälle von Hoefle und Heller bei phtisischen Kranken, die Fälle von Betz und Senator, während andererseits wieder Autoren, so Müller, kein H_2S fanden bei Zerfallsprozessen im Darme, so beim Typhus, Ileus, ja selbst bei Schwefelbädern, H_2S enthaltendem Wassergenuße und H_2S-Inhalation vermißten sie denselben im Harne.

In den Versuchen von Diakorow und Heffler, in denen Tiere Schwefelkalium erhielten per os, waren selbst nach den größten Dosen nur Spuren im Harne zu finden. Das Schwefelkali wird im Organismus zu schwefelsaurem Salze oxydiert. Aus den Körperhöhlen in der Nachbarschaft der Blase diffundiert viel leichter der H_2S in die Harnblase. Im Falle Emminghaus verursachte eine in das kleine Becken herabgesunkene Eiteransammlung im Gefolge einer Perforation des Wurm-

fortsatzes die Schwefelwasserstoffgährung. Derselbe Autor fand bei einem an Perityphlitis leidenden Patienten ständig im Urine H_2S.

Es ist aber keineswegs sicher gestellt, daß der H_2S am Wege der Diffusion in die Blase gelangte, denn es ist fraglich, ob nicht eine Cystitis vorhanden war, oder der Harn nicht bereits zersetzt war? Diese Annahme wird dadurch bestätigt, daß z. B. bei eitriger Nierenentzündung (Abszeß), bei der im Urin viel Eiterzellen, Mikroben zu finden sind, H_2S fehlt: ferner bei Magengeschwür, nach Typhus auftretender perforativer Peritonitis im frisch gelassenen Urine ebenfalls der H_2S fehlte. Ferner fand der genannte Autor bei Eiteransammlung im Becken, bei Perityphlitis, niemals H_2S, obwohl sicher ist, daß in der eitrig zerfallenen Masse nach dem Durchbruche H_2S in großer Menge nachweisbar erschien.

Deßgleichen fand man schwefelwasserstoff-freien Harn bei Individuen, die eine mit H_2S gesättigte Lösung in das Rectum eingespritzt erhielten.

Müller machte folgendes Experiment: Er injizierte in die Bauchhöhle von Hasen H_2S-Wasser in steigender Dosis, oder auch Schwefelnatrium und exprimierte nach einigen Stunden den Harn, den er sofort untersuchte. Er konnte sich überzeugen, daß der Harn keinen Schwefelwasserstoff enthielt, nur im Falle der Anwendung toxisch hoher Dosen, aber auch dann nur in Spuren. Aus alledem geht somit hervor, daß die Diffusion durch die Wandung der Blase nicht in so leichter Weise vor sich geht, wie man dies ehedem glaubte. Nur dann gelangen Spuren in die Blase, wenn man toxisch hohe Dosen anwandte. Gegen die Angaben Müller's muß man daher in's Treffen führen, daß ein großer Teil des Urins bereits zersetzt war.

Die Hydrothiorurie ist ein häufig zu beobachtendes Symptom bei den verschiedensten Formen von Cystitis, insbesondere bei Frauen, so bei mit Fluor vergesellschafteter Cystitis, bei Pyelonephritis, urogenitaler Tuberkulose.

Diese Fälle sind aber entschieden zu sondern von jenen, in denen im frisch gelassenen Harn freier Schwefelwasserstoff zu finden ist.

Der Nachweis des Schwefelwasserstoffes im Harn geschieht in sehr einfacher Weise durch in Bleiacetat getauchte Papierschnitzeln; die braune Farbe des entstandenen Schwefelbleies zeigt freien Schwefelwasserstoff an und die Entstehung dieser Farbenreaktion nimmt 5 bis 6 Minuten in Anspruch. Viel empfindlicher ist Emil Fischer's

Digitized by Google

Methylenblaureaktion, die daraus besteht, daß wir zum untersuchenden Harne $^1/_{50}$ Volumen concentr. Salzsäure und einige Körnchen schwefelsaures Paraamidodimethylanilin und 1 — 2 Tropfen diluierte Eisenchloridlösung hinzufügen, wodurch wir bei Anwesenheit von H_2S eine blaufärbige Reaktion erhalten. Noch empfindlicher ist das Resultat, wenn wir die beiden Flüssigkeiten in einer Epruvette über einander gießen, wobei die Farbenreaktion an der Berührungsstelle der beiden Flüssigkeiten auftritt. Das entstehende Methylenblau ist mit Anglahistol extrahierbar.

Wenn wir Paraphenyldiamin nehmen an Stelle des Dimethyl, so entsteht Lauth-Violet, das im alkalischen Medium mit Aether extrahierbar ist.

Nach meinen Beobachtungen sind diese Fälle viel seltener, als solche, in denen die Schwefelwasserstoff-Gährung die Symptome der Cystitis begleiten.

Auf Grund von jahrelanger Beobachtung solcher Harne, die bei der Untersuchung die Schwefelwasserstoff-Gährung darboten, habe ich die folgenden Eigenschaften beobachtet: 1. Die saure Reaktion derselben verzögert selbst nach längerem Stehen die ammoniakalische Gährung; 2. sind dieselben diffus trübe, opaque und klären sich selbst nach mehrfacher Filtrierung nicht; 3. der typische H_2S-Geruch ist bestimmt zu erkennen; 4. sie haben einen bedeutenderen Indikan- und Phenolgehalt. 5. Zeigen meist Eiweißspuren. 6. Bei mikroskopischer Untersuchung wenig Leukocyten und sehr viel Mikroben, die im hängenden Tropfen lebhafte Bewegung vollführen.

Betreff der klinischen Symptome fand man bei diesen Individuen hartnäckige Obstipation und häufige Klagen über schmerzhaftes Harnen resp. Harndrang, ohne daß akute oder chronische Gonorrhoe bestand.

Meine Untersuchungen richteten sich vor allem danach, jene Bakterien zu eruieren, die das konstanteste Begleitsymptom der H_2S-Gährung zeigender Harne sind.

Vor allem mußte ich aber die in der Nachbarschaft befindlichen Ulcerationsprozesse ausschließen, weswegen das zu untersuchende Individuum durch 1—2 Tage einige Dosen 0,2 gr.-iges Calomel dargereicht erhielt, das zur Verhinderung des Eiweißzerfalles dient und außerdem das bei dieser Gelegenheit entstehende Schwefelwasserstoffgas bindet.

Ein 32 Jahre alter Patient gelangte mit starkem H_2S-Geruch darbietendem Harn in meine Behandlung. Der Letztere ist überdies

sauerer Reaktion, diffus trübe, bräunt stark in Bleizuckerlösung getauchte Papierstückchen und klagt Patient vorwiegend über häufigen Harndrang und schmerzhafte Miktion. Der Urin ist stinkend, trübe und zwar seit Wochen und der Zustand bessert sich nicht trotz innerlich dargereichter Desinficientia.

Auf Grund der Erfahrungen beim Studium der Ursachen der ammoniakalischen Gährung des Harns, suchte ich die Ursache der Schwefelwasserstoff-Gährung in den Bakterien, die stets in derlei Urinen zu finden sind.

In oben beschriebenen geeigneten Fällen ist es mir gelungen, aus dem durch sterilisierten Katheter frisch erhaltenen Harn mittelst Plattenkulturen einen lebhaft bewegenden Mikroben zu isolieren. Derselbe stellt kurze, dicke Stäbchen dar mit abgerundeten Enden und ist mit Anilinfarben leicht zu tingieren. In Gelatine überimpft, bildet er nach 24—36 Stunden einen feinen durchsichtigen Belag, der sehr langsam wächst und den Nährboden nicht verflüssigt.

Auf Platten gegossen, ist auf deren Oberfläche eine gleich große, scharf umrandete, rundliche, glänzende Kolonie zu beobachten, die teils in die Tiefe dringt, teils an der Oberfläche prominiert. Diese Kolonien gedeihen besonders auf einer Gelatine, die saures phosphorsaures Kalium, Zitronensäure oder Weinsteinsäure enthält. Wie ersichtlich: Der isolierte Mikrobe ist identisch mit der Biologie des Bacterium coli commune.

Mit den so erhaltenen Kulturen habe ich folgende Versuche unternommen: Nach Desinfektion der Genitalien eines vollständig gesunden Mannes habe ich mittelst sterilisierten Katheters aus der Blase in vier ebenfalls sterilisierten Glasgefäßen Harn aufgefangen. Die Mündung der Gefäße wird mit sterilem Wattetampon verschlossen, bis zur Mitte des Gefäßes reicht ein Glasstäbchen herab, dessen Ende hakenförmig gebogen ist. Auf diesem Haken werden in ein Gemisch von Plumb. acet. neutr. + Na O H getauchte Papierstückchen befestigt. In den sterilen Harn des Gefäßes sub I wird aus der isolierten Kultur eine Überimpfung gemacht, die Gefäße sub II und III werden mit einem Tropfen eines sauer reagierenden, nicht gonorrhoischen, cystitischen, keine H_2 S-Gährung zeigenden Harns als Überimpfung beschickt, während das Gefäß sub IV zu Kontrollzwecken dient.

Sämtliche Gefäße werden unter einer 36° C. betragenden Temperatur gehalten, nach 24 Stunden bräunt sich das Bleipapier sub I infolge des gebildeten Schwefelbleies, während die Papierstückchen der

Digitized by Google

übrigen drei Gefäße unverändert sind. Sämtlicher Harn behält seine saure Reaktion. Naeh 6 Tagen schwärzt sich gleichmäßig das Papierstückchen sub Gefäß Nro. I, während in den Gefäßen sub II, III, IV keine Spur von H_2S-Bildung zu finden ist. Hierauf nahmen wir aus allen 4 Gefäßen Impfproben, welche erwiesen, daß dieselben mit Ausnahme der Probe aus Gefäß sub I, welche die eingeimpften Bakterien von bekannter Form enthält, steril geblieben sind.

Die mehrmalige Wiederholung dieser Experimente hat mich überzeugt, daß die oben beschriebenen Bakterien die Eigenschaft besitzen, aus den Schwefel enthaltenden Stoffen des Harns Schwefelwasserstoff zu entwickeln. Es erscheint zweckmäßig, bei diesen subtil feinen Untersuchungen zwecks erfolgreichen Nachweises der Schwefelwasserstoff-Spuren in das Harn enthaltende Gefäß durch die Kalilauge (K O H) Luft zu leiten und nach der von Fischer empfohlenen Methode der Schwefelwasserstoff-Bestimmung vorzugehen. Es gelang mir aber nicht, mich von der H_2S erzeugenden Wirkung der Bakterien bei Harnen mit hohem spezifischen Gewicht zu überzeugen, da die Bakterien in einem solchen Harn sogar ihre Lebensfähigkeit einbüßen.

Es taucht nunmehr die Frage auf, aus welchem Bestandteile des Harns entsteht der H_2S? Es ist bekannt, daß auch bei der Eiweißzersetzung H_2S entsteht, doch entwickelt sich das letztere Gas auch im eiweiß- resp. peptonfreien Harne.

In Betracht kommt außerdem das Cystin, ferner das Rhodankalium. Das Erstere fehlt in normalem Urin, das Letztere künstlichem aus Harnstoff und phosphorsaurem Alkali bereiteten Harne hinzugefügt, war kein H_2S zu finden, daher künstlich erzeugter „Harn" der Fähigkeit entbehrt, Schwefelwasserstoff zu bilden, die dem natürlichen Harne als solchem zukommt.

Nach Huppert ist es möglich, daß aus der Schwefelsäure im Wege der Reduktion H_2S entsteht und tatsächlich wird die Schwefelsäure des zersetzten Harnes geringer, wie vor der Reduktion, doch der neutrale Schwefel bleibt unverändert.

Doch auch diese Annahme erwies sich als trügerisch, weil der mit Baryumchlorid versetzte schwefelsäurefreie und überimpfte Harn auch H_2S-Gährung zeigte.

Es blieb somit nichts übrig, als den neutralen Schwefel als Quelle des H_2S zu betrachten. Es folgt somit aus meinen Auseinandersetzungen, daß

1. die H_2S-Gährung durch gewisse Mikroorganismen bedingt ist;

2. aus gewissen Körperhöhlen aufgesaugter, in das Blut gelangter und so durch die Nieren entleerter, oder durch die Blasenwand diffundierter H_2S selten und nur dann vorkommt, wenn bereits allgemeine Schwefelwasserstoffvergiftungs-Erscheinungen bestehen.

3. Man nur frisch gelassenen und nicht bereits zersetzten Harn in Betracht ziehen darf.

4. Der neutrale Schwefel als die Quelle der H_2S-Gährung angesprochen werden muß.

Was aber auch immer die Quelle der Schwefelwasserstoff-Gährung sein mag, habe ich aus meinen Versuchen die Überzeugung geschöpft, daß das lebende im Harne H_2S-Gährung erzeugende Ferment ein mit dem Bacterium coli commune identischer Mikrobe ist. Diese Tatsache hätte den praktischen Wert, daß wir im gegebenen Falle das Bacterium coli commune leicht unterscheiden könnten vom Typhusbazillus. Bekanntlich sind die morphologischen und sonstigen kulturellen Eigenschaften des Typhusbazillus sehr ähnlich dem Bacterium coli commune. Hieraus erklärt es sich, daß wir schon seit langer Zeit ein Verfahren suchen, mittelst welchem es gelänge, in einfacher und verläßlicher Weise die Differentialdiagnose zwischen beiden Bakterienarten aufzustellen. Ich möchte nur einige dieser Methoden hervorheben.

So das Verfahren von Chautemesse und Didal, das den Unterschied der Resistenz beider Bakterienarten gegen kleine Mengen von Karbolsäure als Basis der Differentialdiagnose annimmt.

Kitasato (Zeitschrift f. Hyg. 1889. Bd. 7. pag. 518) betrachtet die Indolreaktion als verläßliches Unterscheidungsmittel, da Bacterium coli eine rote Verfärbung hervorruft. Jedoch hat Chautemesse das Gleiche beobachtet bei älteren Typhusbazillenkulturen, ja später hat auch Morris gefunden, daß der in Peptonbouillon kultivierte Typhusbazillus stets Indol produziert.

Nach Holz ist der Typhusbazillus in Erdäpfelgelatine besser zu kultivieren, als das Bacterium coli commune.

Sein Verfahren hat Elsner dahin modifiziert, daß er zur Holz'schen Kartoffelgelatine noch K. J. hinzufügte und fand hiebei, daß auf diesem Nährboden beide Bakterien gut zu kultivieren sind, während aber das Bacterium coli commune üppig gedeiht und seine Kolonien bereits in 24 Stunden vollkommen entwickelt erscheinen, sind die Typhuskolonien in dieser Zeit mit schwacher Vergrößerung kaum sichtbar und während die Letzteren nach 48 Stunden stark glänzen,

Wassertropfen ähnlich erscheinen und sehr fein gekörnt sind, sind die Kolonien von Bacterium coli commune viel grobkörniger und braun gefärbt. Aber auch betreff des Wertes dieses Verfahrens sind die Meinungen sehr geteilt. Einzelne Forscher lobten das Verfahren, andere erhielten kaum nennenswerte Resultate mit ihren Versuchen, abgesehen davon, daß auf diesem Nährboden andere Bakterien ähnliche Kulturergebnisse lieferten.

Hellström glaubt den Unterschied beider Bakterienarten darin zu finden, daß auf Milchzuckeragar die Kolonien des Typhusbazillus viel kleiner sind, als die des Bacterium coli, andere Forscher, wie Dieudomie aus der auf kleine Mengen Nitraten geübten Wirkung, denn im Sinne dieses Autors reduzieren beide Bakterienarten die Nitrale zu Nitriten, jedoch mit dem Unterschiede, daß der Typhusbazillus erst nach Ablauf von 17 Stunden die Nitritreaktion gibt, während der Bazillus coli schon in 4 Stunden ganz deutlich wahrnehmbar ist.

Andere Forscher fanden, daß der in sterilisierter Milch bei 37° C kultivierte Typhusbazillus die Milch nur schwach ansäuert, Gerinnung derselben selbst nach Monaten nicht hervorrufen kann, während beim Bacterium coli starke Ansäuerung und schon nach 24—48 Stunden Gerinnung entsteht.

Sehr gerühmt wird und nach Günther wäre noch am Besten die Gährungsmethode nach Th. Smith. Im Sinne dieses Autors verursacht sowohl der Typhusbazillus, als das Bacterium coli in Traubenzuckerbouillon kultiviert saure Reaktion (nach links ablenkende Milchsäure), der Typhusbazillus jedoch produziert kein Gas, abweichend vom Bacterium coli, und trübt außerdem die ganze Flüssigkeit vollständig und gleichmäßig, während das Bacterium coli nur an der Berührungsfläche mit der athmosphärischen Luft die Oberfläche des Bouillon's trübt. Es ist aber nicht ausgeschlossen, daß diese Merkmale im Laufe der Zeit auch bei anderen Bakterien zu finden sein werden, so daß der Wert dieses Verfahrens nur von wahrscheinlicher Beweiskraft ist.

Wie daher ersichtlich, sind die beschriebenen Verfahren in differentialdiagnostischer Hinsicht entweder mehr — minder unverläßlich und als solche wertlos, oder andererseits so unverständlich, schwerfällig, in der Ausübung langwierig, daß sie meistenteils keinen praktischen Wert haben.

Ich werde somit auf Grund meiner oben entwickelten Erfahrung,

meine weiteren Untersuchungen in der Richtung betreiben, inwiefern die Schwefelwasserstoffgährung des Harns verwertbar erscheint, als eventuell einzige Wirkung des Bacterium coli commune, zur Differentialdiagnose des Letzteren in einfacher und kurzer Weise vom Typhusbazillus.

Literatur.

1. Ranke, physiol. Lehrbuch. I. Auflage.
2. Pasteur, Comptes rendues 50. 869. 1860.
3. Pasteur, Annal. de chimie et de phys. 64. 58. 1862.
4. Jaksch, Zeitschrift f. phys. Chemie 5. 395. 1881.
5. Van Tiephem, Comptes rendues 58. 210. 1864.
6. „ „ Annal. scient de' école norm. sup. I, 4. 209. 1864.
7. Leube, Virchow's Archiv 555.
8. „ Journal of de Chem. soc. 1888.
9. Patri und Massen, Centralblatt f. Bact. Bd. 11. 1892.
10. Stapnilla und Balistreti, Archiv f. Hygien. Bd. 16. 1892.
11. Max Morris, Archiv f. Hygien. Bd. 30. 1897.
12. Rubner, Archiv f. Hyg. Bd. 16. 1892.
13. Fraue, Centralblatt f. Bacteriol. Bd. 12.
14. Müller, E., Berliner klin. Wochenschr. 1887.
15. Emminghaus, Berliner klin. Wochenschr. 1872.
16. Senator, Berl. klin. Wochenschr. 1868.
17. Betz, Memorabilien. 1864—1869.
18. Härtling, Über das Vorkommen von Schwefelwasserstoff im Harne, Dissert. Berlin 1886.
19. Karphus, J. D., Virchow's Archiv 131. 210. 1893.
20. Sertoli, Sull' existenza di uno speciale corpo solforato nell' orina, Gaz. med. Lomb. 1869.
21. Munk, Phys.-chem. Mitteilungen.
22. „ Virchow's Archiv 69.
23. Fischer, E., Berichte der deutschen Gesellschaft, XVI. Jahrg., S. 2234.
24. Chautemesse und Didal, Archiv de phys. norm. et path. 1887, No. 3.
25. Kitasato, Zeitschrift f. Hygien. Bd. 7. 1889.
26. Holz, Zeitschrift f. Hygien. Bd. 8. 1890.
27. Elsner, Zeitschrift f. Hygien. Bd. 21. 1895.
28. Hellström, „Zur Unterscheidung des Bacillus typhi vom Bact. coli-commune". Berlin 1897.
29. Dieudonné, Arbeiten aus dem kaiserl. Ges.-Amte. Bd. 11. 1895.
30. Günther, Bacteriologie.
31. Smith, Centralblatt f. Bact. Bd. 7. 1890. Nr. 16.

II. Referate.

A. v. Korányi: Über Nierenblutungen ungewissen Ursprungs. („Urologia", Vierteljahresbeilage der „Budapesti orvosi újság". 1904. Zahl 2.)

K. teilt einige casuistische Fälle von Nierenblutungen mit und kommt auf Grund seiner Erfahrungen auf dem Gebiete der Diagnostik von Nierenblutungen zu folgendem Schluße:

1. Bei Nierenblutungen, wo die Palpation keine Vergrößerung aufweist und wo auch die Harnuntersuchung keinen Aufschluß gibt, wo weder Steinsymptome, Haemophilie oder Werlhof'sche Krankheit vorhanden und Infektionskrankheiten ausgeschlossen werden können, — sind die gewöhnlichen klinischen Untersuchungsmethoden durch die Aufnahme von Radiogrammen zu ergänzen und sofern dies keine Lithiasis aufweist, mit der Injektion von Tuberculin vorzugehen und wenn auch dies Verfahren nicht zum Ziele führt, schließlich noch der Ureterenkatheterismus auszuführen. Zu dem eingreifenderen Verfahren der Bloslegung der Nieren werden wir nur nach Erschöpfung aller dieser Methoden unsere Zuflucht nehmen. —

2. Der Ureterenkatheterismus ist auch in solchen Fällen auszuführen, wenn die Blutuntersuchung die Funktionsstörung beider Nieren ergibt. Ein solcher Befund ist allerdings geeignet, die Prognose der Operation ceteris paribus zu einer ernsten zu gestalten.

3. Wenn wir auch die Möglichkeit nicht von der Hand weisen können, daß auch eine anatomisch gesunde Niere bluten könne, so ist dies doch nicht diagnostizierbar und jede derart riskierte Diagnose eventuell von schwerwiegenden Konsequenzen, sofern auch nur eine der aufgezählten Untersuchungsmethoden vernachläßigt worden wäre.

4. Blutungen aus Wandernieren oder aus Schwangerschaftsnieren sind ebenso verdächtig auf ernste Läsionen, wie wenn sich die Blutung ohne diese Begleiterscheinungen äusserte. E. R. (Budapest).

O. Busse: Über Cystennieren und andere Entwicklungsstörungen der Niere. (Pathol. Instit. d. Univ. Greifswald) (Virch. Arch. f. pathol. Anat. 175. Bd. H. 3).

Nach einer Übersicht über den heutigen Stand der Frage von den Cystennieren bespricht Verf. die von ihm untersuchten 12 Fälle derart, daß er die Punkte besonders hervorhebt, die bisher seiner Meinung nach nicht genügend beachtet sind, läßt dann in der Epikrise eine Beschreibung des embryonalen Wachstums der Niere folgen, schließt daran eine Besprechung der Cystenniere der Erwachsenen, sowie der Hyperplasien der Niere, um endlich mit einer kurzen Betrachtung über die Histogenese der embryonalen Adenosarkome zu schließen, und kommt zu dem Ergebnis, daß das Verständnis für die Entwicklungsstörungen der Nieren, für die Cystennieren, für die in der Kinderzeit auftretenden Geschwülste der Niere einzig und allein gewonnen wird durch ein eingehendes Studium der embryonalen Niere und daß uns die embryonale Niere darüber aufklärt, daß alle diese unter sich so verschiedenen Bilder durch mangelhaftes, fehlerhaftes oder

exzessives Wachstum nur der in der embryonalen Niere vorhandenen Elemente, nicht aber irgend welcher versprengter Keime entsteht. Schwab-Hamburg.

Treplin: Zwei Fälle von doppelseitigen Nierensteinen. Demonstr. im Ärztlichen Verein in Hamburg, 26. Jan. 1904. (Ref.: Vereinsbeil. d. Deutsch. medic. Wochenschr. 1904 No. 23 p. 867.)

Treplin stellte 2 Pat. vor, bei denen sich im Anschluß an eine ascendierende Gonorrhoe beiderseits Nierensteine von bedeutender Größe gebildet hatten, die zu sehr erheblicher Schädigung des Nierengewebes geführt hatten. Nach der in Pausen von 2 Monaten vorgenommenen Operation trat eine wesentliche Besserung der Nierentätigkeit ein, die im zweiten Fall durch das Steigen des Blutgefrierpunktes von — 0,65 auf — 0,62 auch objektiv nachweisbar war. Hans Schwerin-Berlin.

B. Tenny: Über Ureterensteine. (Gazette des Hôpitaux, März 1904.)

T. fügt 101 Fällen von Schenk noch 33 eigene Beobachtungen hinzu. Daraus zieht er folgende Schlüsse: Die immer vorhandenen Zeichen der Steine im Urether sind intermittierend wiederkehrende Schmerzen in der Seite, verbunden mit Blutharnen. Der Urethral-Katheterismus und die X-Strahlen entscheiden die Anzeige oder Gegenanzeige der Operation. Der ganze Urether kann extraperitoneal blosgelegt werden durch einen Lumbarschnitt bis 5 cm Höhe von den Pubes. Man hat durch diesen Schnitt nie Eventration beobachtet. Oft sind mehrere Steine vorhanden, der Harnleiter muß also ganz abgesucht werden, die Einschnitte in den Urether und das Nierenbecken dürfen gemacht werden; unterläßt man die Nath, so heilen die Schnitte auch, aber langsamer. Wartet man bis zur Anurie, so ist die Sterblichkeit der Operierten 52%, die bei Pyeolonephritis 42%, sonst in den gewöhnlichen Fällen 8%. Aus einem Referat von M. Lauce.

H. Wolf-Freiburg.

Dr. Sinitzin (Moskau): **Über einen seltenen Fall von Haemoglobinuria paroxysmalis s. e frigore.** (Wratschebnaja Gazetta, 1904, No 24).

S. berichtet über einen Patienten, der sich bei einem nächtlichen Spaziergang erkältet hatte, worauf sich am nächsten Tage blutiger Harn gezeigt hat, in dem man bei der mikroskopischen Untersuchung außer leichten Blutkörperchen nichts fand. Augenblicklich hat sich der Patient erholt, er braucht sich aber nur zu erkälten oder die Füße abzukühlen, um ein Wiederauftreten der Hämoglobinurie zu bewirken. M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf.

Th. Brugsch: Salicyltherapie bei Nierenentzündung. (Ther. d. Gegenwart Heft II 1904, Referat aus Wien. klin. Wochenschr. 1904, 17).

Der Arbeit liegen 300 Einzeluntersuchungen zu Grunde, deren Resultat ist: 5 gr. Aspirin oder salicylsaures Natron in Einzeldosen von 0,5 auf 24 Stunden verteilt schadete nicht, wohl aber Einzeldosen von 5 gr. dieser Mittel. Je größer die Einzelgabe, um so größer der Schaden. 3 gr. auf einmal selbst 14 Tage durchgenommen schadete nicht. Einreibungen von

Mesotan acht Tage lang fortgesetzt, schadeten nicht (einmal unter 60 Fällen nach Einreibung von 50 gr. Mesotan. pur. entstand eine 3tägige Nierenreizung). Fieber setzte die Widerstandsfähigkeit der Nieren erheblich herab, nach 10 gr. im Clysma entstanden Albuminurien und mehrwöchentliche Reizung der Nieren. Alte Leute vertragen Salicyl viel weniger wie junge, auch die Nieren der Frauen sind weniger widerstandsfähig. Bei ihnen rufen schon 3 gr. Aspirin mehrere Tage hintereinander gegeben Nierenreizung hervor. Albuminurie wurde in 5% der 300 Fälle gesehen, auch Kalkoxalate waren in 10% meist nur dann vorhanden, wenn der Urin stark abgekühlt war. Verfasser schließt daraus für chronische und subacute Fälle von Gelenkrheumatismus kann man (wenn man nicht Mesotan anwendet) unbeschadet bei Männern bis zu 3 gr., bei Frauen nur 2 gr. Aspirin oder Natr. salicyl. geben. Treten Exacerbationen ein, so steigert man die Tagesgabe einmal auf 5 gr., gebe aber die nächsten Tage nur 3 resp. nur 2 gr. Große Gaben vermeide man, gebe lieber stündlich 0,5 bis zu 5—8 gr. im Tag im Anfall, gehe aber dann rasch zu kleinen Gaben über, 3—2 mal einen gr.. Starkes Schwitzen setzt die Schädlichkeit für die Nieren herab. H. Wolf-Freiburg.

L. Stricker: The Ocular Complications of Bright's Disease. (Journal of the American Med. Assossiation., Febr. 20, 1904.)

St. kommt, unter Beibringung illustrierender Krankengeschichten, ungefähr zu folgenden Schlüssen bezüglich der Augensymptome bei Nierenkrankheiten: 1. Es gibt keine für Bright'sche Krankheit ausschließlich charakteristische Augensymptome. Wohl aber muß das Vorhandensein bestimmter Augensymptome zu einer systematischen Untersuchung auf Bright'sche Krankheit veranlassen; 2. Die verbreitete Meinung, daß man dabei Haemorrhagien und weiße Flecken in der Gegend der Macula finden muß, ist irrig; auch andere Gefäß- und Retina-Veränderungen können dabei auftreten; 3. Nur ein geringer Prozentsatz von Fällen Bright'scher Krankheit zeigt Augensymptome; allerdings würde diese Zahl größer sein, wenn man auch die Augen solcher Kranken ohne funktionelle Augenstörungen systematisch darauf untersuchen würde; 4. Die Augenkomplikationen beruhen auf Ernährungsstörungen toxischer Natur (chronische Urämie); 5. Die Prognose der Krankheit ist sehr ernst bei bestehenden Augenkomplikationen; 6. Weniger ist dies der Fall bei acuter Nephritis; 7. Die Bestimmung der mit dem 24stündigen Urin ausgeschiedenen Harnstoffmenge kann als Barometer für die Schwere der Erkrankung gelten; 8. Bei mit Augenkomplikationen einhergehender Bright'scher Krankheit in der Schwangerschaft sollte eine niedere 24stündige Harnstoffmenge zu künstlichem Abort Indication geben, um das Augenlicht und eventuell das Leben der Mutter zu retten. A. Freudenberg-Berlin.

Grilli: Kryoskopie und Pathogenese der Cataracta senilis. (Recueil d'opht. 1904, Juni).

Die Arbeit kommt auf Grund von 80 chemisch, mikroskopisch und kryoskopisch durchgeführten Urinuntersuchungen bei Altersstar, sowie 60 Kontrolluntersuchungen an Gesunden zu dem sehr bemerkenswerten Ergeb-

nis, daß sich bei Altersstar konstant gewisse Befunde erheben lassen, die auf eine arteriosklerotische Nierenerkrankung, und zwar wohl nicht die gewöhnliche Schrumpfniere, sondern die „Altersniere" (Merklen, Martin u. a.) schließen lassen. Der wichtigste dieser Befunde ist der kryoskopische: bei Altersstar im Mittel $\triangle = -1{,}10$, bei den Kontrolluntersuchungen $\triangle = -1{,}65$; also eine bedeutende osmotische Hypotonie des Urins.

Finden diese Ergebnisse allgemeine Bestätigung, so wäre also wieder eine große und wichtige Gruppe von Erkrankungen, die an Altersstar, auf ein Leiden eines weit entfernten Organs zurückzuführen, das bisher in diesen Fällen nicht nachgewiesen werden konnte, und zu den bekannten vielfachen Zusammenhängen zwischen Nieren- und Augenerkrankungen, wäre ein neuer hinzugekommen.

Den ätiologischen Zusammenhang im ganzen denkt sich nun Verfasser im wesentlichen folgendermaßen: primär besteht Arteriosklerose; diese erzeugt Nierensklerose; dadurch verminderte Durchlässigkeit der Nieren, osmotische Hypertonie des Blutes und auch der Augenflüssigkeiten (diese ist für das Kammerwasser bei Catar. senil. nachgewiesen); endlich Cataractbildung durch Wasserverarmung der Linse auf osmotischem Wege.

Dieselbe Erklärung der Starbildung, nämlich durch Hypertonie des Blutes etc., läßt sich übrigens auch anwenden auf die Stare der der Hitze ausgesetzten Arbeiter (Glasbläser etc.) und auf die diabetische Cataract; die Hypertonie des Blutes läßt sich bei jenen aus der starken Schweißabsonderung theoretisch folgern, bei Diabetes ist sie nachgewiesen. Drucker-Stuttgart.

Arnold Lorand-Karlsbad: **Die Behandlung der schweren Formen des Diabetes mit besonderer Rücksicht auf die Diätetik.** (Pester med.-chirurg. Presse 1904, Nr. 18).

Die Erscheinungen einer Säurevergiftung werden angezeigt durch das Auftreten von Oxy-Buttersäure und Acetessigsäure im Harn. In diesem Falle muß man dem Kranken 2–3 Liter Milch täglich geben, auch werden dann die Wernitz'schen Eingießungen mit Erfolg angewandt. Treten trotzdem die Vorläufer des Coma diabeticum auf, so ist ein Aderlaß vorzunehmen, der oft Erfolg hat. Bernhard Schulze-Kiel.

Julius Kiss: Über einige einfache Methoden der Gährungs-Zuckerprobe (Gyógyászat 1903, Nr. 34).

Die Gährungsprobe wird folgendermaßen ausgeführt. Einer größeren Menge Harn wird Hefe zugeführt und die Mischung in einer 100—200 g fassenden, durch einen Glasstöpsel luftdicht verschließbaren Flasche umgeschüttelt. Die Flasche muß ganz gefüllt, der Stöpsel fixiert sein. Die Flasche soll 12 Stunden an einem warmen Ort stehen. Entfernt man dann den Stöpsel, so steigt die Kohlensäure in Blasen auf, was schon bei einem Zuckergehalt von 0,1% eintritt. Auch quantitativ läßt sich der Zucker bestimmen auf folgende Weise. In ein Gemenge von Harn und Hefe wird eine mit derselben Mischung gefüllte Eprouvette so gestellt, daß die Mündung derselben nach abwärts schaut und in die sich am Boden absetzende Hefe des

äußeren Gefäßes eintaucht, die sich entwickelnde Kohlensäure steigt in der Eprouvette auf. Wenn sich die Röhre vollständig füllt, so ist 1% Zucker vorhanden, bei halbgefüllter Röhre ½ Prozent. Ist mehr als ein Prozent vorhanden, so muß der Urin zuvor verdünnt werden. Bernhard Schulze-Kiel.

N. D. Dombrowski: Über einen Fall von Kryptorchismus und Inkarzeration eines Hodens im Leistenkanal. (Wratschebnaja Gazetta, 1904, No. 20).

Der 30jährige Patient erklärte, daß ihm im Leistenkanal der Hoden eingeklemmt sei, und daß er in dieser Gegend heftige Schmerzen verspüre. Bei der Besichtigung der Stelle, an der die Schmerzen besonders stark ausgesprochen waren, konnte man schon par distance im rechten Leistenkanal eine pflaumengroße, ovale, nicht weit von der inneren Öffnung des Leistenkanals liegende Geschwulst sehen. Penis normal, zeigt Spuren von ritueller Circumcision. Hodensack gleichfalls normal mit deutlich ausgesprochener Naht-Symphyse und Hoden normal behaart. Bei der Betastung des Hodens fühlt man in demselben nur einen Hoden, der normal ist und die Epidermis sowie den Samenstrang deutlich fühlen läßt. Der rechte Hode konnte an der normalen Stelle nicht gefunden werden, so daß der Finger bei der Untersuchung leicht in den Leistenkanal gelangt, wie es bei Leistenhernien der Fall zu sein pflegt. Auf Befragen erklärte der Patient, daß der rechte Hode sich niemals im Hodensack befunden habe, sondern gewöhnlich in der Bauchhöhle vollständig versteckt gewesen sei und sich nur zeitweise nach dem Leistenkanal senkte, wo er im oberen Teile desselben liegen zu bleiben pflegte. Der Hode war vollständlich beweglich und konnte fast stets mit der Hand nach der Bauchhöhle reponiert werden, wobei der Patient um ein Hinuntersteigen des Hodens zu verhindern, eine Bandage trug, wie man sie bei Inguinalhernien zu tragen pflegt. Der Patient versichert, niemals Schmerzen gehabt bezw. Inkarzerationserscheinungen wahrgenommen zu haben. Da verspürte der Patient einmal plötzlich fürchterliche Schmerzen in der Leistengegend, so daß er sich nur mit großer Mühe bis zum Bette fortschleppen konnte. Übelkeit und Erbrechen waren nicht vorhanden.

Es lag somit einseitiger angeborener Kryptorchismus und Inkarzeration des Hodens im Leistenkanal vor, und Verfasser versuchte sofort, den inkarzerierten Hoden zu reponieren. Da der Patient bei der leisesten Berührung über außerordentlich heftige Schmerzen klagte, mußte von den digitalen Manipulationen bald Abstand genommen und zur Übergießung der Leistengegend mit Äther geschritten werden. Unter dem Einfluß dieser Manipulation ließen die Schmerzen ein wenig nach, ohne jedoch daß die Reposition des Hodens gelang. Die Temperatur war dauernd normal, der Puls gut. Verfasser ließ dann den Patient ein warmes Wannenbad nehmen und verordnete als Einreibung in die Leistengegend eine Salbe aus Ichthyol und Extractum Belladonnae. Nach dem Wannenbad verringerte sich die Schmerzhaftigkeit der Geschwulst noch mehr, und der Patient erklärte, daß er schlafen wolle. Am nächsten Tage sagte der Patient, als die Repositionsversuche wieder vorgenommen wurden, daß er lieber ruhig abwarten wolle, bis die Reposition

Digitized by Google

spontan erfolgen wird. In der Tat ist diese spontane Reposition am 7. Tage eingetreten. Der Patient erholte sich vollkommen und erklärt auf Befragen, daß die Libido bei ihm normal und er den Coitus in gewöhnlicher normaler Weise auszuüben imstande sei. Immerhin hat er in den Vorschlag, die einseitige Kastration vornehmen zu lassen, gern eingewilligt und will diese Operation demnächst ausführen lassen. M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf.

Robert M. Simon: Reflex Disturbances Associated with Adherent Prepuce. (British Medical Journal Marz 12, 1904.)

3 Fälle von Reflexneuronen, von adhaerentem Praeputium ausgehend. 1. 18 monatlicher Knabe mit plötzlichem Eintreten von Schmerzen in der Hüfte und Nachziehen des betreffenden Beines, so daß der Verdacht auf beginnende Hüftgelenksentzündung entstand. Circumcision eines verlängerten und adhaerenten Präputium beseitigt sofort und vollständig die Erscheinungen. — 2. 14 jähriger Knabe mit schwéren Intestinalkoliken, Heilung durch Beseitigung eines adhaerenten Präputium. — 3. 3 jähriger Knabe, nächtliches Aufschrecken mit Klagen über Schmerzen im Leibe. Heilung durch Beseitigung eines adhaerenten Praeputium und Eweiterung eines engen Meatus.
A. Freudenberg (Berlin.)

Edward L. Keyes Jr, M. D. of New Jork: Prognosis and treatment of urethral stricture. (Medical News 4. Juli 1904.)

Eine richtige Behandlung der Strikturen ergibt eine gute, schlechte Behandlung eine schlechte Prognose. Die Ursachen der Strikturen sind zwei: Gonorrhoe und Trauma. Eine Striktur ist eine Narbe, eine gonorrhoische Striktur eine dichte, tiefsitzende Narbe, nach abgelaufenen Entzündungsprozessen in den Drüsen und Folliceln der Urethra. Die Intensität der Perifolliculitis hängt ab von der Intensität der urethralen Entzündung, das akute Stadium setzt die Grundlage für die zukünftige Striktur. Die Prophylaxe einer Striktur besteht demnach in der sogenannten Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Verfasser hat 3 Jahre hindurch Abortivbehandlung angewandt und in keinem Falle eine Strikturbildung beobachtet.

Traumatische Strikturen sind 2 Ursachen zuzuschreiben: instrumenteller Behandlung der Urethra und perinealen Läsionen. Copiöse und konzentrierte Silbernitratlösungen, Behandlung mit Metallinstrumenten verwirft Verfasser. An Prostatahypertrophie Leidende acquirieren trotz aller Vorsicht oft eine Striktur, die jedoch oberflächlich, der Dilatation leicht nachgiebig ist.

Ganz das Gegenteil ist die traumatische Striktur infolge perinealer Kontusion, Fall rücklings auf die Kante eines scharfen Objekts Haemorrhagien aus der Urethra, schwieriges Wasserlassen, selbst komplete Retention enthüllen die Laesion der Urethra und eine hartnäckige Striktur folgt schnell und sicher, die gewöhnlich so dicht ist, daß die einzige Maßnahme meist eine externe Urethrotomie ist.

Die Prognose der Striktur hängt stets ab von der Dilatabität. Wenn 2 mal pro Woche vorgenommene Bougierung eine graduelle Erweiterung der Urethra hervorbringen, derart, daß bei jeder weiteren Sitzung eine dickere

Digitized by Google

Sonde passiert, ist die Prognose gut. Undilatierbare Strikturen können bedingt sein 1) durch Unnachgiebigkeit, 2) Reizbarkeit, 3) Undurchgängigkeit, 4) Komplikation.

1) Unnachgiebigkeit liegt vor, wenn nach jeder Bougierung die Narbe wieder zusammenschrumpft, hier, wo also nur bis zu einem gewissen Punkt Dehnbarkeit vorliegt, ist Urethrotomia interna angezeigt. Gonorrhoische Strikturen des Bulbus — und seien sie noch so eng — sind zweifellos immer dilatabel (außer bei Gewebsstörungen durch brutale Dilatation, oder bei Periurethritis, und Infiltration. Nicht so traumatische Strikturen, sie betreffen meist die pars membranacea und sind oft so dicht und unnachgiebig, daß außer Perinealschnitt und Excision des Narbengewebes nichts hilft. Bei einer solchen Radikaloperation ist die Entfernung eines Stückes von 1 Zoll oder mehr des Kanals und einer Hautüberpfropfung, um die Spalte zu füllen, notwendig.

2) Eine „irritable stricture" bietet zwar der Sondierung keinen Widerstand, nimmt sie aber übel und reagiert in Form von Schüttelfrosten, akuter Prostatitis oder Hodenentzündung. Hier muß Lokalbehandlung sistieren, und interne Behandlung eintreten, Urotropin, Salol Methylenblau; Sedativa: Hyoscyamus, Codein, Bromide; Balsamica: Sandelholz-, Wintergrünöl. Heiße Sitzbäder, Suspensorium, Breiumschläge für die Testikel. Ist die Retentio oder die Sepsis infolge der Striktur lebensbedrohend, muß zur Urethrotomia externa geschritten werden. Die Gefahr der Operation ist eine große; wegen Sepsis, Shock etc., sie besteht in Perinealschnitt und Drainage. Bei rückfälliger Epididymitis ist Durchschneidung und Unterbindung des Vas deferens angezeigt, welche den Hoden zwar steril macht, aber die Potenz nicht beeinträchtigt.

Bei 3) impassablen Strikturen ist der Perinealschnitt der einzige Ausweg. Vorher ist Passage mittelst Morphium, Cocaininjektion, vorherigem heißem Bade (Adrenalin 1:5000) und filiformen Fischbeinbougies zu versuchen, ein anderes Mittel, den Spasmus der Urethra zu überwinden, ist Elektrizität. Dr. Hickling und Dr. Chetwood haben bisweilen, nicht immer, mit milden elektrischen Strömen (5—10 Milliampères) gute Erfolge gehabt.

Bezüglich der Prognosen der Striktur ist der Sitz derselben ausschlaggebend. Strikturen vor dem penoscrotalen Winkel sind prognostisch günstiger als die der pars bulbosa oder pars membranacnea. Falls sie vernachlässigt werden, bilden chronische Cystitis, Dilatation der Ureteren, Nieren, Pyelonephritis, Nierenabscesse, Prostataabscesse, periurethritische Infiltrationen, Tod durch Septica-Uraemie die Folge.

Bei der äußerst schlechten Prognose der letzteren Strikturen kommen 3 Faktoren in Betracht: die Natur der Striktur, die Stärke, Vollständigkeit der Dilatation und die Dauer der Behandlung.

Die Natur der Striktur, ihre Dichte, Ausdehnung, Grad der Kontraktion, ihr gonorrhoischer oder traumatischer Ursprung, alle diese Faktoren bewirken die schlechte Prognose. Traumatische Strikturen sind straffer, machen schneller Retentio etc. als gonorrhoische.

Ist die Striktur genügend dilatiert, wird sie sich für Monate oder Jahre nicht wieder zusammenziehen, bei nicht genügender Dehnung wird sie sich bald wieder kontrahieren. Wann ist die Drehung eine genügende? Wenn bis 23—27 Charrière gedehnt worden ist, und wenn sie für 3 Monate so weit gedehnt bleibt. Der Patient wird erst für 1 Monat entlassen, ist noch Dehnung im vollen Umfange vorhanden, dann für 2, dann für 3 Monate, dann kann Patient die Versicherung erhalten, daß seine Striktur genügend erweitert ist, er jedoch in den nächsten 6 Monaten zur Kontrolle erscheinen muß, dies bietet die einzige Sicherheit. Rohleder-Leipzig.

Poroß: Die Verhütung der Blennorrhoe. (Monatsberichte für Urologie 1904. II).

Verfasser hat zur Verhütung der Gonorrhoe eigene Spritzen konstruiert, mittels deren er 1—2% Acid. nitric. concent. auf das klaffend gemachte Ostium aufspritzen läßt, behufs Reinigung desselben; im Anschluß daran erfolgt die Injektion. Auch gewöhnliche Tripperspritzen sind zur Not anzuwenden. Die Injektionen erfolgen am besten direkt, spätestens aber 1—3 Stunden post coitum. Autor hält es desgleichen für nötig, daß die Prostituierten von Aufsichtswegen zu desinfizierenden Waschungen post coitum angehalten werden. Auch hier werden neben Kalipermanganat-Lösungen solche von 1% Acid nitr. concent. pur. empfohlen. Da die gewöhnlichen Irrigationen mittels des Irrigators nicht alle Teile der Scheidenschleimhaut erreichen, wofern nicht 3—4 Liter irrigiert werden, hat Autor ein sehr zweckdienliches billiges Instrument konstruiert. Bei diesem ist der Irrigationsansatz mit einem dicken, birnförmigen obturierenden Teil aus kompaktem Glas versehen, so daß nach der Einführung desselben in die Vagina die Flüssigkeit nicht wieder ausströmen kann und die Vagina gehörig durch sie aufgeblasen und wieder ausgespült wird. Ein Eindringen der Flüssigkeit in den Uterus sei nicht zu befürchten. Verfasser hat folgendes schöne und beweisende Experiment angestellt. Wurde sowohl bei den gewöhnlichen Irrigationen wie bei denen des Verfassers mittels seines Obturators eine Methylenblaulösung angewandt, so waren bei erfolgter Spiegeluntersuchung der Vagina nach den gewöhnlichen Irrigationen die Farben in Streifen sichtbar, (die Spitzen der Falten der Vagina waren von der Flüssigkeit erreicht worden, die Vertiefungen aber nicht); bei der Benutzung des Obturators aber war die ganze Schleimhaut gefärbt.

Autor stellt zum Schlusse den Satz auf, daß die Prophylaxe der Prostituierten wegen der großen Verbreitungsgefahr der Gonorrhoe viel wichtiger sei als beim Publikum. Loeb-Köln.

J. Kalabin: Über zwei Fälle von Ischias gonorrhoischen Ursprungs. (Wratschebnaja Gazetta No. 17. 1902. Ref. nach Halbmonatsschrift für Haut- u. Harnkrankheiten No. 3.)

Bei einer 21 jährigen Frau, die zwei Wochen nach der Hochzeit an Gonorrhoischen Peritonitis und Fluor erkrankt war, stieg 10 Tage später das Fieber auf 39° und nach 6 Tagen trat doppelseitige Ischias und Intercostal-

Digitized by Google

neuralgie auf. Bei einer 23 jährigen Frau stellte sich, nachdem 13 Tage nach der Hochzeit eine Blenorrhoe aufgetreten war, eine zwei Wochen anhaltende Ischias an. Für die gonorrh.-Ischias soll die intermittierende Temperatursteigerung charakteristisch sein. A. Seelig-Königsberg i. Pr.

Dr. Engelberth-Kopenhagen: **Technik der Urethralinjektionen.** Kapazität der Urethra ant. und Spannungsdruck des Sphinkter, berücksichtigt in der Konstruktion einer neuen Gonorrhoespritze. (Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. 37. 1.)

Als Mangel der Injektionstherapie sieht E. an, daß die Spritzen für die Capacität der Urethra (4—22 ccm bei Gesunden, entsprechend geringer bei akuter Verschwellung) teils zu groß, teils zu klein sind. Im ersten Fall ist Gefahr der Verschleppung nach hinten durch Forcieren des Sphinkter. Dazu ist kein allzu hoher Druck nötig entgegen verbreiteter Ansicht (Finger und Lehrbücher). —

Im andern Fall tritt mangelnde Ausspannung der Falten und Lakunen der Schleimhaut ein.

Bisherige Kapazitätsbestimmungen waren mangelhaft (keine Rücksicht auf Druckverhältnisse des Sphinkter).

E. gibt eigenen Apparat an zur gleichzeitigen Bestimmung der Kapazität und des Druckes. (Druckpumpe — Manometer — Pipette mit Gummischlauch sind Hauptteile — näheres im Original).

Untersuchungsresultate: (Postulate).

a) für pars anterior:

1. Spritzengröße minimum 21,5 ccm (Kapazität = 4—21,5).
2. Druck nicht über $^1/_{10}$ Atmosph. (tonisch. Druck d. Sphinkter = $^1/_9$—$^1/_7$ A.)
3. Langsames Injizieren.
4. Am besten kurze, wiederholte, Injektionen (Sph. ermüdet bei läng. Einwirkung).
5. Prolongierte Injektionen nur mit niedrigem Druck. (Grund wie bei 4.)

b) für pars posterior:

6. Spritzengröße einige ccm größer als Urethra ant. — Kapazität. Daher 25 ccm passend (wie schon Gucard vorschlug).
7. Injektionen am leichtesten bei leerer Blase — Patient uriniert während dessen, da Druck dann am niedrigsten ($^1/_{20}$ Atm.) — Sonst muß Druck größer sein ($^1/_6$ Atm.) oder länger dauern (prolongierte I.)

Die „Ventilspritze" E.'s faßt 25 ccm, der Druck kann $^1/_{10}$ Athm. nicht überschreiten — möglich ist aber Erhöhung durch Ventilschluß. Es ist Ballondruckspritze und Glasgefäß (ohne Stempel) von Spritzenform und Ventilvorrichtung, Flüssigkeit kommt nicht in den Ballon. Sterilisierbar. (Näheres i. Original). Ehrmann-Mannheim.

Digitized by Google

W. Erb in Heidelberg: Syphilis und Tabes (Berliner Klinische Wochenschrift 1904, No. I, II, III u. IV).

Erb teilt die Summe seiner Erfahrungen zu der Tabessyphilisfrage noch einmal gesammelt mit und ergänzt sie durch eine Reihe wichtiger Einzeltatsachen aus fremder und eigener Beobachtung. Seine gegenwärtige Ansicht ist diese: Die Tabes ist zweifellos in der übergroßen Mehrzahl der Fälle eine syphilogene Erkrankung, aber es ist zur Zeit noch nicht sicher nachweisbar, wenn auch in hohem Grade wahrscheinlich, daß sie dies in allen Fällen ist. Immerwahr-Berlin.

A. Grotjahn: Der gemeinsame Abendmahlskelch (Medizinische Reform, 1904, No. 13).

Cnyrim in Frankfurt a. M.: Der gemeinsame Abendmahlskelch (Medizinische Reform, 1904, No. 14).

A. Freudenberg: Der gemeinsame Abendmahlskelch (Medizinische Reform, 1904, No. 14).

Grotjahn: Der gemeinsame Abendmahlskelch (Medizinische Reform, 1904, No. 14).

Liebe: Der Einzelkelch (Medizinische Reform, 1904, No. 15).

Dr. E. Roth in Halle: Der gemeinsame Abendmahlskelch (Medizinische Reform, 1904, No. 15).

Grotjahn wendet sich gegen die Bewegung, welche den gemeinsamen Abendmahlskelch abschaffen will, um den Einzelkelch einzuführen. Er meint, es wäre nie eine durch den Kelch hervorgerufene Infektion bekannt geworden; und er rät dem preußischen Oberkirchenrat, einen Preis für den Arzt auszusetzen, welcher eine derartige Infektion einwandsfrei nachweist. Er betrachtet die Bewegung als ein nicht uninteressantes Symptom der einseitig auf Bazillenfurcht gestimmten hygienischen Vorstellungen, über die unsere Enkel lächeln werden. Cnyrim erwähnt dagegen, daß die Übertragung der Syphilis durch Trinkgefäße, Kuß etc. in zahlreichen Fällen nachgewiesen wäre, und Grotjahn müßte erst beweisen, daß der Abendmahlskelch eine Ausnahme machte, von der Möglichkeit sich zu infizieren. Freudenberg sagt, wenn auch noch keine Infektion beschrieben ist, so beweist das nicht, daß sie niemals vorgekommen ist; außerdem sollte man freudig begrüßen, daß hygienische Bestrebungen auch in kirchlichen Kreisen Beachtung und Förderung finden; Denn der Anfang und vielleicht sogar die Quintessenz einer jeden Volkshygiene ist die Erziehung zur Sauberkeit. Grotjahn erwidert, ihm wäre es ganz gleichgiltig, ob der gemeinsame Abendmahlskelch abgeschafft würde, oder nicht; seine Notiz hätte sich auch gar nicht gegen die Beseitigung des gemeinsamen Kelches gerichtet, sondern gegen die ihm absurd erscheinende Begründung dieser Maßregel. Liebe führt gegen Grotjahn den Vortrag des Pastor Seydel: „Ist eine Änderung der Abendmahlsfeier ratsam, so daß an Stelle des gemeinschaftlichen Kelches Einzelkelche gebraucht werden?“ ins Feld, in welchem eine ganze Anzahl von Fällen von Übertragung von Krankheiten durch den Abendmahlskelch mitgeteilt werden. Er selbst kann aus der Literatur noch einen weiteren Fall anführen. Er

richtet an Grotjahn die Frage, was er dann sagen würde, wenn ihm im Gasthause das Bierglas oder die Kaffeetasse vorgesetzt würde, die schon ein anderer vor ihm benutzte, ohne daß eine Reinigung stattfand. Des weiteren macht er aufmerksam auf die Ansteckungsgefahr mit Tuberkulose, und daß häufig Secrete aus dem Munde und der Nase der Trinkenden in den Kelch gelangen können. Roth tritt gleichfalls energisch für die Abschaffung des gemeinsamen Kelches ein.

Immerwahr-Berlin.

III. Besprechungen.

Menge: Über die Einwirkung einengender Kleidung auf die Unterleibsorgane, besonders die Fortpflanzungsorgane des Weibes, Vortrag. Leipzig, Georg Thieme. 1904. 0,60 Mk.

Menge ermahnt die Frauen als erste Pflicht die höheren Gemeinschaftszwecke ins Auge zu fassen, nicht das Selbstinteresse der Eitelkeit und Modetorheit ihre Tüchtigkeit zum Lebensberuf zu opfern. Er ruft aus: „wir brauchen mehr wie je gesunde Frauen und Mütter". Dafür muß jedes Weib die Eitelkeit unterdrücken statt ihre Unterleibsorgane zu verläugnen, sich stolz als Frau zu fühlen, die vielleicht große Männer gebären kann, auf welche die Nation stolz sein kann. „Die Eitelkeit ruft Prof. Menge am Schluß, drückt große Gesichtspunkte zu oft an die Wand und so geht dann täglich infolge einer angeblich schönen, aber durchaus gesundheitswidrigen Kleidung eine Unsumme von Volksgesundheit und Volkswohlstand zu Grunde. Die Frauen vergeuden mit ihrer unsinnigen Kleidung ein köstliches Gut, das ihnen nicht allein gehört, sondern ein wertvoller Besitz ihrer Familie, der Nation und der Menschheit ist."

Ref. fügt diesem hinzu: daß einst ein gelehrter Herr des vorigen Jahrhunderts nach dem Kennenlernen von Göthes Mutter ausrief: „Ich habe erst begriffen wie Göthe ein solcher Mann hat werden können, nachdem ich seine Mutter aber gesprochen, ist mir klar geworden, wie viel er ihr verdankt hat."

Dr. Wolf - Freiburg i. B.

Dr. G. Retl, Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Wien: **Sexuelle Gebrechen.** Deren Verhütung und Heilung. Für Ärzte und Laien. Vom Standpunkt des praktischen Arztes beleuchtet. Zweite vermehrte Auflage. Halle a. S., Verlag von Carl Marhold. 1904. 148 Seiten. Preis 2 Mk.

Verf. teilt seinen Stoff in folgende Abschnitte: Impotenz, Onanie, Pollutionen, Nymphomanie, Griechische Liebe, Notzucht, Defloration, Venerie, Gonorrhoe, Ulcus molle, Syphilis, Genitalfluss beim weiblichen Geschlechte; wie schützt man sich vor Ansteckung.

Er behandelt seine Themata in sehr knapper, aber doch praegnanter Form. Ihm steht eine klare, ja bisweilen sogar pathetische Sprache zur Ver-

Digitized by Google

fügung. Das Werk ist populär, und zwar vollständig populär geschrieben, daran hindern auch nicht die hie und da eingestreuten wenigen Rezepte. Unklar ist Ref. nur, wie Verf. auf den Titel setzen kann für „Ärzte" und Laien und im Vorwort „neue der Wirklichkeit entnommene Gesichtspunkte zu fixieren". Ich entgegne dem Verf., daß jeder Arzt wohl das, was er in dem Werkchen findet, weiß und daß absolut keine neuen, der Wissenschaft bisher unbekannten Gesichtspunkte fixiert sind. Neu könnte man höchstens die Form, in der er es giebt, nennen. Er schreibt ruhig, populär wissenschaftlich — sit venia verbo — und in glänzendem Feuilletonstil. Wir wollen daher mit Verf. auch nicht rechten, daß er nur eine paralytische und psychische Impotenz kennt. Die organische, die nervöse Impotenz, die Intoxicationsimpotenz etc. erwähnt er nicht. Beim Kapitel Onanie spricht er den Satz aus: „Der Onanist wird nicht vom Geschlechtstrieb geleitet!" Wovon sonst? Die Masturbation wurzelt in letzter Linie in ihren Endwurzeln, ebenso wie jede andere sexuelle Befriedigung im Sexualtrieb.

Die der Nymphomanie analoge sexuelle Perversion beim Manne, die Satyriasis, behandelt Verf. nicht.

Von dem großen Kapitel der Homosexualität behandelt er nur die Paedophilie, die Knabenliebe (griechische Liebe). Der Sadismus wird nur beiläufig erwähnt in ein paar Zeilen, der Sacher-Masochismus gar nicht behandelt.

Besonders zeigt das Kapitel Venerie, daß das Werkchen nur für Laien geschrieben sein kann. Merkwürdig berührt, daß Verf. in einem Falle von eben frisch erworbener lues (Ulcus durum) dem Patienten, der Bräutigam ist und vor der Hochzeit steht, soweit nachgiebt, daß er nur eine Wartezeit von 3—4 Monaten bis zur Eheschließung verlangt.

Das Kapitel: „Genitalfluß beim weiblichen Geschlecht" behandelt Verf. in folgenden Abschnitten:

1. Entzündungen der äußeren Scham.
2. Der Scheidenkatarrh.
3. Cervicalkatarrh.
4. Endometritis acuta.
5. Chronische Endometritis.

Einen Scheidentripper diagnosticiert Verf. bei Frauen nur dann, „wenn auch ein Harnröhrentripper vorhanden ist, weil sich gewöhnlich die Ansteckung von einer Öffnung zur anderen fortpflanzt", und begründet dies fälschlicherweise mit den Worten: „Wenn es Tripper ist, muß unter allen Umständen auch die Harnröhre afficiert werden." (!) Warum macht Verf. zur absolut sicheren Diagnose nicht ein mikroskopisches Präparat?

Im letzten Kapitel: „Wie schützt man sich vor Ansteckung" erwähnt er außer den Condoms nur das Bayersche Protargol prophylacticum. Peinlich berührt auf dem Umschlag die Ankündigung der Wohnung und der Sprechstunden des Verf.

Das Werk ist, wie aus Allem hervorgeht, nur für Laien geschrieben, diesen aber, infolge seiner klaren Diktion, warm zu empfehlen, es gehört zu den besseren populären Werken. Rohleder-Leipzig.

Digitized by Google

Ruth Bré: Staatskinder oder Mutterrecht? Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene, W. Malende, Leipzig. 1904. Preis 2 Mk.

In zehn Aufsätzen behandelt die Verfasserin die geschlechtliche Frage. Sie hat den Mut, offen und frei ihre Überzeugung zu bekennen. Das freimütige Bekenntnis, selbst in den heikelsten Fragen des Geschlechtslebens, bietet dem Arzte die Möglichkeit, die Kenntnisse über den weiblichen Geschlechtsbetrieb zu vertiefen. Der Schrei der gesunden Frau nach Liebe und Mutterschaft bildet den Grundton des ganzen Buches. „Verweigert man der normalen Frau die Mutterschaft, so wird sie in irgend einer Weise krank und unglücklich." Die heutigen gesellschaftlichen Zustände versagen vielen Frauen den Liebesgenuß und die Mutterschaft durch Begünstigung der Ehe einerseits, andererseits der Prostitution. Zwei Wege führen nach Ansicht der Verfasserin aus dem geschlechtlichen Elend heraus: 1., die Erziehung der außerehelichen Kinder als Staatszöglinge, 2., die Ehen „nach Mutterrecht". Frieda Duensing machte auf dem Verbandstage fortschrittlicher Frauenvereine in Hamburg den ersten Vorschlag. Ruth Bré hingegen erwartet von der „Ehe nach Mutterrecht" die Beseitigung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten, der Enthaltsamkeitsqualen und der Armut.

In der Ehe nach Mutterrecht hat die Mutter die verantwortliche Gewalt, die Gattenwahl, die entscheidende Stimme in allen das gemeinsame Eheleben betreffenden Punkten. Etwaige Trennung soll ohne gerichtliche Skandale lediglich Angelegenheit der Ehegatten und der Verwandten sein. Die Kinder sollen Eigentum der Mutter bleiben.

Wenn sich auch die Vorschläge der Verfasserin nicht in allen Punkten als durchführbar erweisen sollten, so ist dem Buche doch weiteste Verbreitung zu wünschen, da es geeignet erscheint, weit verbreitete Irrtümer über den Geschlechtstrieb der gesunden Frau zu beseitigen. Das Buch ist nicht nur bedeutungsvoll als Ergebnis der Denkbarkeit einer selbständig und mutig denkenden Frau, sondern es bietet auch gleichzeitig in glühenden Farben ein ungeschminktes Bild seelischer Kämpfe, unter denen Tausende leiden.

Dr. med. Wilhelm Hammer-Berlin.

Zur freundlichen Beachtung!

Die Hefte 10 und 11 unserer Monatsschrift werden in einem Heft vereinigt (also als Doppelheft im Umfange von 6 Bogen) Mitte November erscheinen.

Die Verlagsbuchhandlung (W. Malende), Leipzig.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. – Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Digitized by Google

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in Stuttgart, Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—) Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 10/11. Oktober-November 1904. Jahrgang I.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *Georg Berg-Frankfurt a. M.:* „Die operative Behandlung der chronischen Nierenerkrankungen (nach Ramon Guiteras-New-York)."
2. *M. v. Margulies-Odessa:* „Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen." (Fortsetzung.)
3. *L. Weil-Stuttgart:* „Quartalsbericht über Nierenkrankheiten." (Fortsetzg.)
4. *K. Jooß-München:* „Zur Therapie des Ulcus molle."
5. *Magnus Hirschfeld-Charlottenburg:* „Übergänge zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht."
6. *Blanck-Potsdam:* „V. Internationaler Dermatologen-Kongreß, 12.—17. September 1904 in Berlin."

II. Referate:

1. *G. A. Walaschko:* Über einen Fall von Lymphangiom der Niere.
2. *Ramon Guiteras-New-York:* The operative treatment of chronic Bright's disease; a second communication based on reports of one hundred and twenty cases.
3. *Karl Doctor:* Quantitative Beurteilung geringer Eiweißmengen im Harn, mit Rücksicht auf die ärztliche Praxis.
4. *M. Hohlfeld:* Zur Pathologie der Nieren bei den Magendarmerkrankungen des Säuglings.
5. *Marcell Hartwig (Buffalo):* Akute primäre Pyelitis der Säuglinge.
6. *Cnopf:* Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Bakteriurie.
7. *A. Gröber:* Ein Fall von Indigurie mit Auftreten von Indigorot im frisch gelassenen Harn.
8. *M. N. Schewandin:* Ein Fall von Sarkom eines in der Bauchwunde retinierten Hodens.
9. *M. Jordan:* Zur Pathologie und Therapie der Hodentuberkulose.
10. *M. Boisseau:* Traitement de l'incontinence d'urine par la ponction lombaire. — *M. Sicard:* Injections epidurales et sous arannoïdiennes contre l'incontinence d'urine.

Digitized by Google

11. *A. A. Berg-Neujork:* Beitrag zur radikalen Operation bösartiger Neubildungen der Blase.
12. *Gustav Kolischer-Chicago:* The mechanic movements in the cystoscopic treatment of Kidney and ureteral diseases.
13. *B. Vas-Pest:* Das Verhältnis des Diabetes zu den Albuminurien, beziehungsweise zu den Nierenerkrankungen.
14. *Josef Lévai-Budapest:* Über die operative Behandlung der Hydrocele vaginalis.
15. *Albarran-Paris:* Über Blutungen aus der Urethra und der Prostata.
16. *F. A. Suter:* Über einen autochthonen Paraurethralstein aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia.
17. *W. J. Gusseff-Moskau:* Über ein einfaches Verfahren zur sicheren Katheter-Sterilisierung.
18. *Josionek-Mildenau-Wiesenbad:* Mineralwasserkuren bei Kindern.
19. *M. Ioseph-Berlin:* Ungewöhnlich lange Incubationsdauer der Gonorrhoe.
20. *M. Margulies-Odessa:* Beitrag zur Frage des Priapismus.
21. *Alex. Renault:* De l'état constitutionnel des Rheumatisants blennorrhagiques.
22. *M. Rist:* Sur quelques cas de balanite à microorganismes strictement anaérobies.
23. *Gaucher et Rostaine:* Gommes de l'urèthre et du corps caverneux.
24. *Dr. Marcel Sée-Paris:* Chancres syphilitiques à sièges insolites.
25. *Prince A. Morrow:* Syphilis und das Berufsgeheimnis des Arztes.
26. *Ludwig Waelsch-Prag:* Paranoische Zustände bei Syphilis.
27. *L. Grünfeld:* Zur Abhaltung populär-medizinischer Vorträge.

III. **Besprechungen:**

1. *Auguste Létienne* et *Jules Masselin:* Précis d'Urologie clinique.
2. *Prof. Dr. E. Heinrich Kisch:* Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung.
3. *Prof. Dr. Eduard Lang:* Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.
4. *Dr. W. Scholtz:* Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes.
5. *W. Stoeckel-Erlangen:* Die Cystoscopie des Gynäkologen.

I. Originalarbeiten.

Die operative Behandlung der chronischen Nierenerkrankungen (nach Ramon Guiteras-New York).

Von Dr. **Georg Berg-Frankfurt a. M.**

Nach den großen Erfolgen, welche die Nierenchirurgie zu verzeichnen hatte, seitdem Simon in Heidelberg zum ersten Mal die Nephrectomie gemacht, war es vorauszusehen, daß sie nicht bei der Inangriffnahme der sog. chirurgischen Nierenkrankheiten stehen bleiben,

Digitized by Google

sondern daß sie auch — bis dahin als „noli me tangere" geltend — sog. innere Nierenkrankheiten in den Kreis ihrer Tätigkeit ziehen würde. Ein Grenzgebiet, die Nierentuberkulose, hat sie sich schon seit einer Reihe von Jahren erobert. Namen, wie James Israel, Czerny und Küster, Guyon, Albarran, Leguen u. a. sind mit ihren Ruhmestaten verknüpft. Immer weiter schreitet sie siegreich vor. Auch das Prototyp der chronischen Nierenleiden, die Bright'sche Nierenentzündung, hat sie unter der Führung Israel's, Edeboh's und Pousson's in Angriff genommen.

Grundlegend sind hierfür die beiden Arbeiten Israels: 1. Über den Einfluß der Nierenspaltung auf akute und chronische Krankheitsprozesse des Nierenparenchyms. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Chirurgie und Medizin 1899). — Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. (Deutsche Mediz. Wochenschrift Februar 1902, ferner Edeboh's Medical News April 22 1899 idem Medical Record Mey 4 — 1901, Pousson V. Franz. Urologenkongreß 1901.)

Ich möchte mich auf ein Kriterium dieser, in der jüngsten Zeit bekanntlich heiß umstrittenen Frage, als noch nicht genügend spruchreif, nicht einlassen, vielmehr an der Hand einer mir soeben zugegangenen Arbeit von Ramon Guiteras New-York: „The operative treatement of chronic Bright's disease", die Beobachtungen dieses Autors, die sich auf eine Reihe von 120 Fällen stützen, einem weiteren Kreise bekannt geben. Diese Fälle haben insofern einen erhöhten Wert, als sie ausgewählt aus denjenigen Krankengeschichten sind, welche die hervorragendsten Chirurgen des Landes dem Verfasser auf eine diesbezügliche Umfrage zur Verfügung gestellt haben.

Die Hauptfragen, um die es sich bei diesem Thema handelt, sind folgende:

1. Was ist chronische Nephritis?
2. Was will man mit der Operation erreichen: Heilung oder Besserung?
3. Argumente dafür und dagegen.
4. Welche Symptome haben zur Operation veranlaßt?
5. Welche Resultate sind erzielt worden?

1. Die chronische Nephritis (Bright'sche Krankheit) besteht in einer Congestion oder Degeneration der Blutgefäße, des interstitiellen Gewebes, der Glomeruli oder des Epithels der tubuli contorti. Solche Veränderungen kommen, obwohl graduell verschieden, immer in beiden Nieren zugleich vor. Bei 500 Autopsien infolge chronischer Nephritis

konnte auch nicht in einem Falle ein nur einseitiges Befallensein festgestellt werden, während nur bei 14 das eine Organ stärker betroffen war, als das andere. Viele Fälle von Albuminurie und Cylindrurie sind noch keine Bright'sche Krankheit, wenn auch die Ursachen, die sie hervorrufen, bei längerer Einwirkung dazu führen können, so z. B. die Wanderniere durch die Behinderung der Blut- und Harnzirkulation und dadurch hervorgerufene Entzündung. Dieselbe tritt dann auch in der anderen Niere gleichzeitig auf. In solchen Fällen ist die Nephropexie indiciert, welche, wofern nicht schon tiefere Veränderungen in den Nieren Platz gegriffen haben, zur völligen Heilung führt. Guiteras hat dies in einigen Fällen deutlich beobachten können. In diesen erwiesen sich beide Nieren infolge Wanderniere der einen Seite durch Ureterencatheterismus als von Nephritis befallen. Nach der Nephropexie zeigte der aus beiden Nieren gewonnene Urin fast keine Spur einer Erkrankung mehr.

2. Man kennt zwei Arten der Operation. Die eine besteht in einer teilweisen Ablösung der Kapsel einer oder beider Nieren und Annähung der entblößten Fläche an die Bauchwand, die zweite in einer vollständigen Abschälung der capsula propria von der Niere und Wiedereinbettung des Organs in die Fettkapsel. — In der Regel wird Äthernarkose angewandt. Ferguson (Chicago) u. a. haben die Niere nach der Dekapsulation punktiert, andere incidiert und dräniert. Die Erfahrungen über die Stärke der Blutung hierbei sind sehr verschieden. Die einzige Auskunft über das Wesen des Krankheitsprozesses können wir durch Excision von Stückchen der Rinde der Niere erhalten, ein Verfahren, das Ferguson zuerst nach der Dekapsulation eingeschlagen hat.

3. Was spricht für, was gegen die Operation?

Durch Fixation der Nieren an die Bauchwand oder durch Einlagerung des von der verengenden capsula propria entblößten Organs in die Fettkapsel, soll die normale Blutzirkulation durch Bildung von Anastomosen mit den Gefäßen der Abdominalwand oder der Fettkapsel wieder hergestellt und somit auch die normale Funktion des Organs wieder eingeleitet werden. Es ist allerdings eine Frage, ob dies auch dann möglich ist, wenn, wie bei vorgerücktem Alter z. B., die Gefäße bereits der Sklerose verfallen sind. Dagegen ist eine teilweise Zerstörung der Nierenepithelien beispielsweise keine Gegenindication gegen die Operation, denn dieses Manko ist durch die regenerative Proliferation bald eingeholt, und sobald die Zirkulation wieder hergestellt ist, wird

das neue Epithel wieder funktionsfähig. Welche Methode nun die erfolgreichere ist, die teilweise oder vollständige Dekapsulation, das ist noch nicht entschieden. Jedenfalls ist es die Aufgabe der Operation, die dadurch geschaffenen günstigen Zirkulationsverhältnisse möglichst lange zu erhalten; denn die durch die adhärente Kapsel des kongestionierten Organs verursachte Spannung ist es ja, welche die destruktiven Prozesse verursacht. Die zur Operation geeigneten Fälle müssen also aufs sorgfältigste ausgesucht werden. So lange der Patient sich noch wohl fühlt und kräftig ist, müssen wir es auf konservativem Wege durch Diät, Wasser, innere Medikation und Klimawechsel versuchen. Wenn wir jedoch merken, daß der Prozeß rasch fortschreitet und wir fürchten müssen, daß die Herzkraft erlahmt, dann ist es Zeit zum operativen Einschreiten.

4. Die Symptome, welche die verschiedenen Chirurgen zur Operation veranlaßt haben, sind folgende:

a) Lendenschmerzen; b) Indigestion, Erbrechen, Diarrhoe etc.; c) Fortschreitende Schwäche, kalter Schweiß, Gewichtsabnahme, Anämie; d) Flimmern vor den Augen, vorübergehende totale Blindheit, Visionen; e) Herzpalpitationen, Pulsbeschleunigung; f) Dysynoe; g) Polyurie, Hämaturie, partielle oder totale Anurie; h) Kopfweh, Schwindel, Schlaflosigkeit, Koma, Delirium, Stupor; i) Odem, Anaserke, Ascites, Hydrothorax, Lungenödem.

Natürlich sind das alles nur Symptome, bei denen die Operation indiciert sein kann. Die verschiedenen Chirurgen sind darüber verschiedener Ansicht. Denn die genannten Symptome deuten doch schon auf einen vorgerückten Prozeß, und daher waren auch die Erfolge in diesen Fällen meist keine günstigen zu nennen. Manchmal indes war der Erfolg ein überraschender, namentlich dann, wenn es sich um Wandernieren verbunden mit Nephritis handelte. Auch bei chronischer interstitieller Nephritis fanden sich noch günstige Resultate, während bei chronischer diffuser Nephritis der Erfolg ein entschieden ungünstiger war. Hier war die Sterblichkeit 75 %, allerdings wurde ein großer Teil von diesen Patienten im letzten Stadium erst der Operation unterzogen, so bei hochgradigen Ödemen und Urämie.

5. Was nun die Resultate betrifft, so gewinnen einige Patienten die Gesundheit für Monate oder Jahre nach der Operation wieder, in der Regel diejenigen Fälle, welche „als chronische Nephritis gepaart mit Wandernieren“ diagnostiziert sind, der Urin wird normal. In anderen Fällen besserte sich der Urin, Albumen verschwindet, während

Digitized by Google

die Ausscheidung von Uraten, Chloriden u. s. w. dieselbe bleibt. In noch anderen Fällen wieder bleibt Albumen bestehen, nur in verminderter Quantität. Ein großer Teil der Patienten zeigt überhaupt keine Besserung im Urin. Die besten Resultate wurden erzielt in Fällen von Wandernieren, bei welchen Albuminurie, Cylindrurie oder andere Symptome Bright'scher Nierenkrankheit vorhanden waren, aber nach der Dekapsulation und Fixation des beweglichen Organs verschwanden. In anderen Fällen, in denen beide, die bewegliche und die nicht bewegliche Niere, Symptome von Bright'scher Krankheit zeigten, was durch den Ureterencatheterismus festgestellt wurde, verschwanden diese Symptome oft nach der Entkapselung und Fixierung der einen Wanderniere.

Die Statistik von 120 Fällen ergiebt in 16 % Heilung, 40 % Besserung, 7 % keinen Erfolg und 33 % Todesfälle. Die Sterblichkeit bei chronischer, interstitieller Nephritis war 26 %, bei chronischer parenchymatöser Nephritis 25 %, bei chronischer, diffuser 75 %. Als Todesursachen waren zu betrachten: Erschöpfung, urämisches Coma, Lungenödem, akute Dilatation des Herzens, Schwäche, Apoplexie, Herzschwäche, Collaps und Herzthrombose. Einige Patienten bekamen akute Pyelitis nach der Operation. Um die Fälle besser vor und nach der Operation beurteilen zu können, wurde ein gesondertes Auffangen des Urins durch Ureterencatheterismus und Segregatoren durchgeführt.

Man muß bei der Beurteilung der Resultate nicht vergessen, daß die Operation der Dekapsulation bei chronischer Nephritis noch neu und noch nicht vollständig ausgebildet ist. Es ist zu hoffen, daß mit der größeren Vervollkommnung der Operationstechnik auch bessere Resultate zu erzielen sein werden. Der Autor kommt zu folgendem Schlusse:

1. Bei chronischer Nephritis ist erst dann zu operieren, wenn die medizinische Behandlung erfolglos ist.

2. Der Zeitpunkt dafür ist gegeben, wenn der Prozeß rapid fortschreitet und zu fürchten ist, daß die Herzkraft versagt.

3. Die besten Chancen bietet die Nephropexie bei Wanderniere, die zugleich von chronischer Nephritis befallen ist.

4. Die ungünstigsten Fälle sind die mit chronischer, diffuser Nephritis.

5. Fälle von allgemeinem Anasarka mit schlechter Herzaktion sind nicht zu operieren; denn hier könnte der Patient im günstigsten Falle nur einige Monate länger leben.

6. Da, wo schon ein deutlicher Destruktions-Prozeß als Resultat einer Nephritis in den Nieren Platz gegriffen hat, kann die Operation für einige Wochen oder Monate Erleichterung verschaffen, dann aber, wenn die neue Kapsel wieder zu schrumpfen beginnt, werden die Erscheinungen wieder schlimmer und die Kranken gehen zu grunde.

Wie wir also sehen, sind bis jetzt die Resultate nur bei dem verhältnismäßig doch nicht allzu häufigen Zusammentreffen von Wanderniere und chronischer Nephritis günstig zu nennen. Man muß in der Tat doch sehr bedenken, ob ein toxisch degenerativer Prozeß, wie ihn die Bright'sche Nierenerkrankung darstellt, durch frische Blutzufuhr in Folge der Operation sich wirklich so überaus günstig beeinflussen lassen sollte. Sollte sich dies allerdings dennoch bestätigen, so wäre es den größten Errungenschaften in der Medizin gleich zu achten.

Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen.

Von **M. v. Margulies,** ordinierender Arzt der urologischen Abteilung des Israelitischen Krankenhauses zu Odessa.

(Fortsetzung.)

Die Operation bei Nierenstein ist, wie Israel sagt, noch etwas neues. Die Indikationen zu dieser Operation sind noch nicht vollkommen ausgearbeitet, und infolgedessen muß man dem Chirurgen in solchen Fällen gewisse Freiheit in seinen Maßnahmen gewähren. Übrigens ist noch folgendes im Auge zu behalten: In unklaren Fällen entschließt man sich, die Niere zu eröffnen, entweder weil die heftigen Kolikanfälle den Kranken vollständig herunterbringen, oder weil dabei Blutungen auftreten. Wenn man in solchen Fällen in der Niere einen Stein auch nicht findet und die Niere selbst bei der Besichtigung sich als normal erweist, so hat jedenfalls die Niereninzision fast stets eine sehr günstige Wirkung, indem die Kolikanfälle und die Blutungen nach der Operation aufhören.

Es kommen nämlich mit Blutungen einhergehende Anfälle von Nierenkolik bei einseitigen interstitiellen Nephriditen vor und simulieren häufig einen Nierenstein.

Israel gelangt auf Grund von 14 von ihm beobachteten Fällen von Nierenkolik (häufig mit Blutungen) beim Fehlen von Steinen zu

folgenden Schlüssen: Trotzdem man in diesen Fällen bei der Operation in der Niere Steine nicht findet, so wirkt die Inzision des Organs sehr wohltuend. Die in diesen Fällen ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab, daß der Krankheit immerhin eine organische Ursache zu Grunde liegt, nämlich eine besondere Art von Entzündung, deren Natur vorläufig noch nicht vollständig aufgeklärt ist. Zweifellos ist nur, daß derartige Nephritiden sehr häufig einseitig sind.

Die Aetiologie dieser Erkrankungen ist verschieden. In manchen Fällen sind es gichtische, rheumatische, mit harnsaurer Diathese behaftete Patienten, in anderen Fällen sind es Syphilitiker; in einigen Fällen ist die Aetiologie vollständig unklar.

Wenn man diese Tatsache berücksichtigt, so kann man sich den günstigen Einfluß der Niereninzision leicht erklären. In der entzündeten Niere steigt infolge der Infiltration des Organs mit entzündlichem Exsudat, sowie infolge der Unnachgiebigkeit der fibrösen Nierenkapsel, die es unmöglich macht, daß sich die Niere rasch genug ausdehne, der intrarenale Druck, wodurch Schmerzen und Blutungen ausgelöst werden. Der breite Schnitt der Niere schafft günstigere Bedingungen zur Wiederherstellung der regelmäßigen Blutzirkulation und der gestörten Nierensekretion.

Zu demselben Schlusse ist auch Hubbard auf Grund seiner eigenen Beobachtungen sowohl, wie auch auf Grund des Studiums der Literatur gelangt. Einen ähnlichen Fall hat vor kurzem Laurent veröffentlicht. Kurz, die irrtümlich auf Nierenstein gestellte Diagnose und die daraufhin ausgeführte Eröffnung der Niere führt in solchen Fällen jedenfalls zur Genesung des Patienten.

Solche Fälle von Nierenblutungen wurden früher als essentielle Hämaturie gedeutet. In der letzten Zeit aber, namentlich nachdem diese Frage auf dem IV. französischen urologischen Kongreß eine durchgreifende Erörterung erfahren hat, ist man zu dem Schlusse gelangt, daß es essentielle Hämaturien überhaupt nicht gibt, sondern nur sklerotische Prozesse in der Niere, meistenteils einseitige chronische Nephritis.

Ich habe mir erlaubt, auf diese Frage etwas ausführlicher einzugehen, eben weil man in solchen Fällen (Koliken und Blutungen) gewöhnlich die Diagnose auf Nierenstein, zu dessen Extraktion eine Operation vorgenommen wird, stellt. Nun fragt es sich: Inwiefern ist die Eröffnung der Niere bei Nichtvorhandensein eines Steines für den Patienten ungefährlich? Barth berichtete im Jahre 1900 auf dem

Chirurgenkongreß zu Berlin über Fälle, in denen diese Nierensektion zu Nekrose eines Teiles der Niere geführt hat. Sprengel hat in einem ähnlichen Falle einige Tage nach der Operation wegen hochgradiger Blutung die Nephrektomie vornehmen müssen. Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und der Angaben der Literatur gelangt Barth zu dem Schlusse, daß die Indikationen zur Niereneröffnung eine Einschränkung erfahren müssen; seiner Meinung nach genügt es, in zweifelhaften Fällen die Nierenkapsel zu eröffnen. Ist die Niere dem Aussehen nach normal und fühlt man in derselben keinen Stein, so muß von einer Eröffnung des Organs Abstand genommen werden.

Es versteht sich von selbst, daß diese Schlußfolgerungen nicht ohne Erwiderung bleiben konnten. Israel bemerkt unter anderem mit Recht, daß erstens die Palpation der Niere ohne Eröffnung derselben keineswegs das Nichtvorhandensein eines Steines mit Sicherheit ergeben kann, und zweitens, daß die Nekrose eines Teiles der Niere nur von zu starker Anziehung der Fäden bei der Vernähung des Organs bedingt sein kann.

Auf Grund seiner zahlreichen Beobachtungen teilt Israel in bezug auf die Indikationen zur Operation die mit Nierensteinen behafteten Patienten in drei Kategorien ein:

1. Fälle, in denen die sofortige Operation eine indicatio vitalis ist, beispielsweise Fälle von kalkulöser Anurie, von akuten Pyelonephritiden mit hochgradigem Fieber usw.;

2. Fälle, in denen eine unmittelbare Gefahr nicht besteht, das weitere Liegenlassen des Steines aber zu ungünstigen Folgen führen kann: hierher gehören die einfachen Fälle von Nierensteinen;

3. Fälle, in denen nicht operiert werden soll: hierher gehören die Fälle, in denen es bei jedem Anfall von Nierenkolik zum Abgang von kleinen runden glatten Steinchen kommt; hier findet man bei der Operation niemals einen Stein, da jeder neugebildete Stein fast sofort aus der Niere fortgeschafft wird.

Was die Fälle betrifft, in denen der Stein nach dem Verlassen der Niere im Ureter stecken bleibt und einen Verschluß desselben hervorruft, so gibt der Katheterismus der Ureteren nicht nur das Vorhandensein eines den Ureter verschließenden Steines an, sondern läßt sogar mehr oder minder genau bestimmen, in welcher Höhe der Stein liegt (dem Blasen- oder Nierenende näher) und dadurch den besten Weg zur Extraktion des Steines wählen.

Digitized by Google

Außerdem ist es in einigen Fällen gelungen, einen spontanen Abgang des Steines durch Injektion von Öl in den Ureter herbeizuführen.

Bedeutende Dienste leistet in bezug auf die Diagnose die Palpation des Ureters, welche nicht selten die Möglichkeit gibt, über das Vorhandensein einer Geschwulst oder eines Steines in demselben etc. zu urteilen. Wertvolle Resultate liefert bei Frauen die Palpation des Ureters von Seiten der Vagina aus. Als Beispiel möchte ich folgenden von mir beobachteten Fall mitteilen:

Im November 1900 wurde ich von Dr. J. G. Mandelstamm zur gemeinschaftlichen Untersuchung einer 45jährigen Patientin, die über heftige Schmerzen in der rechten Bauchhälfte klagte, hinzugezogen. Die Patientin gab an, seit ca. 2 Jahren krank zu sein und stets im Kreuz rechts Schmerzen zu verspüren, die nach unten in der Richtung zur Harnblase und in die rechte untere Extremität ausstrahlen. Die Schmerzen treten gewöhnlich anfallsweise auf und zwar in besonders heftiger Weise nach andauernder Arbeit. Der Harn war stets etwas trübe, und im Niederschlag konnte man eine Beimischung von Harngries sehen. Die Patientin war bei verschiedenen Gynäkologen in Behandlung, jedoch ohne daß die verschiedensten Behandlungsmethoden ihr irgend welche Linderung verschafft hätten: im Gegenteil, in der letzten Zeit sind die Schmerzen im Unterleib besonders heftig und dauernd geworden. Die Untersuchung ergab: Die rechte Niere ist bei der Untersuchung nicht palpabel, aber schmerzhaft. Der rechte Ureter ist bei der Untersuchung in seiner ganzen Ausdehnung schmerzhaft. Die Untersuchung per vaginam ergab: Uterus und Ovarien normal. Der rechte Ureter fühlt sich in Form eines derben Stranges an. An einer Stelle fühlt man im Ureter einen harten, nußgroßen Höcker. Diagnose: im rechten Ureter stecken gebliebener Nierenstein.

Der Kranken wurde der Vorschlag gemacht, sich am nächsten Tage in das Krankenhaus aufnehmen zu lassen. Aber noch an demselben Tage wurde ich spät abends zu der Patientin nach Hause gerufen. Sie gab an, daß bei ihr seit 8 Stunden vollständige Harnverhaltung bestehe, die mit häufigem Harndrang und heftigen Schmerzen im Unterleib einhergehe.

Ich fand die Patientin in folgendem Zustande: Sie liegt zu Bett und schreit und windet sich vor Schmerzen. Die Harnblase ist stark gedehnt und stülpt die Bauchwand hervor. In der Absicht, einen Ka-

theter in die Harnblase einzuführen, schob ich die Labia auseinander, wobei es sich herausstellte, daß in der Öffnung der Harnröhre das ca. $^1/_2$ cm lange Ende eines Steines steckt, der die Harnröhre verschloß und eine Retention des Harns in der Harnblase verursachte. Ich hatte nur Katheter bei mir und sonst keine weiteren Instrumente. Den Stein in die Blase zurückstoßen wollte ich nicht, andererseits war es unmöglich den Stein mit den Fingern zu fassen. Unter diesen Umständen mußte ich mich des einzigen geeigneten Instruments, das sich vorfand, bedienen, und zwar einer kleinen Zuckerzange. Ich faßte mit dieser den Stein und zog ihn mittelst vorsichtiger Drehbewegungen hervor. Es war ein mit Oxalathöckern bedeckter Uratstein, der 1 g wog. Unmittelbar nach der Extraktion des Steines stürzte der Harn aus der Harnblase, und die Patientin verspürte sofort eine große Erleichterung. Am nächsten Morgen wurde die Patientin in die urologische Abteilung des Krankenhauses aufgenommen. Subjektives Befinden bedeutend besser. Harnentleerung geht ohne Schwierigkeiten vor sich. Die Schmerzen dem Ureter entlang sind jedoch noch ziemlich stark. Cystoskopische Untersuchung: Harnblase vollständig normal, Öffnung des linken Ureters desgleichen; die Öffnung des rechten Ureters klafft und ist von blutunterlaufenen Stellen umgeben. Um sich zu überzeugen, ob im Ureter keine Steine vorhanden sind, führte ich in den Ureter einen Katheter ein, der vollständig frei bis zum Nierenbecken hinaufging. Bei der Untersuchung per vaginam kann man den ganzen Ureter fühlen, ohne daß an demselben ein Höcker wahrzunehmen ist.

Nach entsprechender Behandlung verließ die Patientin nach 8 Tagen das Krankenhaus. Die Schmerzen im Unterleib waren vollständig verschwunden.

Wir haben es hier mit einem Stein zu tun, der im Ureter stecken geblieben ist. Die Untersuchungen per vaginam haben es wahrscheinlich bewirkt, daß der Stein aus dem Ureter in die Blase gelangt und dann auf dem Wege nach außen in der Harnröhre stecken geblieben ist. Die Patientin fühlt sich bis auf den heutigen Tag vollständig wohl.

2. R. P., 37 Jahre alt, aufgenommen am 5. Januar 1901 wegen Schmerzen im rechten Hypochondrium und sehr lästigen Harndrangs. Die Patientin gibt an, sich stets einer guten Gesundheit erfreut zu haben. Mutter und Geschwister vollständig gesund. Der Vater ist an einer Infektionskrankheit zu Grunde gegangen. Kinderkrankheiten will

Digitized by Google

die Patientin nicht überstanden haben. Im 17. Lebensjahre Menses und Verheiratung. Die Patientin hat weder geboren noch abortiert. Vor 2 Monaten erkrankte sie ohne sichtbare Veranlassung, wobei sich die oben erwähnten Schmerzen eingestellt haben. Status: Die Patientin ist schwach gebaut, mager; in den Lungenspitzen, besonders rechts, abgeschwächtes Atmen. Die Untersuchung der Bauchhöhle ergibt: Im rechten Hypochondrium fühlt man eine kindskopfgroße Geschwulst, die die dünne Bauchwand vorstülpt und selbst in einer gewissen Entfernung ohne Palpation zu sehen ist. Die Geschwulst ist elastisch, gleichmäßig gespannt, stellenweise gleichsam fluktuierend, wenig beweglich und bei der Untersuchung schmerzhaft. Eine deutliche Abgrenzung der Geschwulst von der Leber ist bei der Perkussion nicht festzustellen; an der unteren vorderen Oberfläche fühlt man gleichsam eine Kommissur. Ballottement deutlich ausgesprochen. Die Untersuchung dem Ureter entlang ist etwas schmerzhaft. Die linke Niere ist weder palpabel, noch bei der Untersuchung schmerzhaft. Harn trübe, Reaktion schwach sauer, spezifisches Gewicht 1018, tägliche Harnquantität 600—700 ccm. Eiweiß 2 pro Mille. Im Niederschlag Eiterkörperchen in bedeutender und Erythrozyten in unbedeutender Quantität. Tuberkelbazillen nicht vorhanden, Temperatur normal.

Wir hatten also bei dieser Patientin eine große fluktuierende Geschwulst in der rechten Nierengegend mit reichlichem Eiterabgang mit dem Harn, d. h. mit einer Pyonephrose zu tun. Das Krankheitsbild war klar und es kam nur darauf an, festzustellen, mit welcher Art von Pyonephrese wir es zu tun hatten. Zu diesem Zwecke wurde die Patientin cystoskopiert, wobei sich folgendes ergab: Kapazität der Blase normal; linke Hälfte der Blase vollständig normal, desgleichen die linke Ureterenöffnung. Rechts an der Blasenschleimhaut sind blutunterlaufene Stellen zu sehen, die Gegend um die Öffnung des rechten Ureters ist mit Granulationen bedeckt.

An dieser Stelle halte ich es für angebracht, auf Folgendes aufmerksam zu machen. In der Mehrzahl der Fälle gibt selbst die einfache Cystoskopie ohne vorangehende Untersuchung der Kranken klaren Aufschluß darüber, welche Niere erkrankt ist. Während die Öffnung des Ureters der gesunden Niere und die diese Öffnung umgebenden Teile der Blasenschleimhaut normal erscheinen, hat man es auf der kranken Seite mit einem ganz anderen Bilde zu tun. Die Öffnung des Ureters erscheint häufig erweitert und mit klaffenden Rändern; bisweilen sind die Lippen derselben gleichsam usuriert, bisweilen sind

die Öffnung selbst und deren Umgebung mit Granulationen bedeckt. Die benachbarten Teile der Blasenschleimhaut sind gewöhnlich hyperämiert, die Arterien verdickt und stark verästelt; stellenweise sind blutunterlaufene Stellen zu sehen.

Es versteht sich von selbst, daß das Bild von der Natur der Nierenerkrankung abhängt, und daß wir je nach diesem Bilde verschiedene Veränderungen beobachten. Die Hauptsache ist aber folgende Tatsache: Der erkrankten Niere entsprechen gewisse pathologische Veränderungen an der entsprechenden Öffnung des Ureters und an den benachbarten Teilen der Blasenschleimhaut. Das ist auch durchaus begreiflich: der infizierte Harn reizt am meisten diejenigen Stellen, die zuerst von ihm bespült werden. Dann vermengt sich dieser Harn mit dem normalen Harn der gesunden Niere, löst sich in diesem letzteren gleichsam auf und büßt die zur Beeinflussung der übrigen Teile der Blasenschleimhaut erforderliche Konzentration ein.

Diese Tatsache ist sehr wichtig, namentlich in denjenigen Fällen, in denen es aus gewissen Gründen unmöglich oder unerwünscht ist, die Ureteren zu katheterisieren: Die Veränderungen der Öffnung des Ureters und der benachbarten Blasenschleimhaut sind in Verbindung mit den übrigen klinischen Symptomen von entscheidender Bedeutung für die Beantwortung der Frage, welche Niere erkrankt ist.

Diese Erscheinung, welche ich fast stets beobachtet habe, leistete mir nicht selten wichtige Dienste in Bezug auf die Eruierung der Lokalisation des Krnnkheitsprozesses.

Nun komme ich auf den letzten Fall zurück, in dem, wie gesagt auch das cystoskopische Bild auf eine Erkrankung der rechten Niere hinwies.

Es wurde der rechte Ureter katheterisiert. Der Katheter, der mit Leichtigkeit in die Öffnung des Ureters eingeführt wurde, stieß im oberen Drittel desselben auf ein Hindernis und ging nicht weiter. Der Katheter wurde eine zeitlang in situ liegen gelassen, ohne daß durch denselben ein Tropfen Harn kam. Der Harn der linken Niere, der mittelst Katheterisation der Harnblase gewonnen wurde, war nur leicht trübe. 2—3 Stunden nach Entfernung des Ureterenkatheter wurde der Harn wieder gesammelt, wobei er ziemlich reichlich Eiter enthielt. Es war somit klar, daß der Eiter hauptsächlich aus der rechten Niere kam. Nach 3 Tagen wurde wieder versucht, den rechten Katheter zu katheterisieren, und diesmal gelang der Versuch vollkommen. Der Katheter wurde in situ 24 Stunden lang liegen gelassen.

Die Analyse ergab folgende Resultate:

	Rechte Niere. Harn aus dem Katheter.	Linke Niere. Harn aus der Blase.
Quantität	170 ccm	400 ccm
Farbe	schwach blutig	desgleichen
Aussehen	trübe	desgleichen
Geruch	normal	desgleichen
Spezifisches Gewicht	1020	1020
Reaktion	schwach sauer	sauer
Niederschlag	blutig eitrig	rötlich
Harnstoff	1,91 (in 24 Stuuden)	9,4 (in 24 Stunden)
Harnsäure	0,105 „ „ „	0,25 „ „ „
Chloride	0,8 „ „ „	5,0 „ „ „
Phosphate	0,09 „ „ „	1,12 „ „ „
Eiweiß	2,5 „ „ „	1,25 „ „ „
Zucker	0 „ „ „	0
Histologische Untersuchung	Eiterkörperchen in gewaltiger, Erythrocyten in mäßiger Quantität	Eiterkörperchen in mäßiger, Erythrocyten in geringfügiger Quantität, vereinzelte Oxalate.
Bakteriologische Untersuchung	Tuberkelbazillen nicht vorhanden	desgleichen.

Wir hatten es also mit einer Kranken mit rechtsseitiger Pyonephrose zu tun; die linke Niere war gleichfalls erkrankt; sie schied in 24 Stunden 400 ccm Harn aus, in dem nur 4,4 g Harnstoff enthalten waren. Außerdem kamen aus dieser Niere Eiter und Blut, letzteres allerdings in mäßiger Quantität. Es waren somit bei der Kranken beide Nieren affiziert, und zwar die rechte mehr, die linke weniger. Auffallend war in diesem Falle, daß die Patientin in 24 Stunden nur 6,31 g Harnstoff statt der unter normalen Verhältnissen zur Ausscheidung gelangenden 35—38 g ausschied, ohne jedoch daß Erscheinungen von Urämie dabei beobachtet wurden. Übrigens muß ich bemerken, daß einige Tage nach dieser Untersuchung die tägliche Harnquantität zu steigen begonnen und bald die Höhe von 1000 bis 1200 g in 24 Stunden erreicht hat, wobei die quantitative Harnstoffbestimmung schon 15,0 in 24 Stunden ergab: auch das ist nicht viel, aber immerhin $2^1/^2$mal so viel wie früher.

Was die Temperatur betrifft, so blieb sie im allgemeinen in der Nähe der Norm, stieg aber nicht selten abends plötzlich bis 38—38,5.

Digitized by Google

Welchen Schluß können wir nun aus allen gewonnenen Tatsachen ziehen?

Daß die Kranke Pyonephrose hatte, unterlag keinem Zweifel. Fraglich war nur die Entstehung derselben. Auf diese Frage möchte ich nun kurz eingehen, und zwar an der Hand der aus der Guyon'schen Klinik hervorgegangenen vorzüglichen Arbeit über Pyonephrosen von Gusset.

Zwei Wege sind es, auf welchen Infektionsstoffe in die Niere gelangen können: der aufsteigende oder ureterale, und der absteigende oder hämatogene. Die aufsteigende Infektion ist von allen anerkannt und durch die Arbeiten von Rayer, Klebs, Garcin, Halle, Albarran u. a. vollständig erforscht. Die absteigende Infektion blieb längere Zeit zweifelhaft, und erst in letzter Zeit hat sie, hauptsächlich dank den Arbeiten von Bouchard, Reblaud, Bonneau, Bazy, Rovsing und namentlich von Albarran, ihre Existenzberechtigung erlangt. Es versteht sich von selbst, daß zwischen einer Pyonephrose aszendierenden und einer solchen deszendierenden Ursprungs ein gewaltiger Unterschied besteht. Bei der ersteren ist die Quelle der Erkrankung die Harnblase: von dieser geht die Infektion aus, d. h. der Schwerpunkt der Erkrankung liegt in der Harnblase. Bei der deszendierenden Pyonephrose ist die Erkrankung der Nieren das Primäre, und gegen diese muß dann unser gesamtes therapeutisches Vorgehen gerichtet sein. Wir dürfen nicht zulassen, daß eine Infektion der Harnblase und konsekutiv eine Infektion der zweiten Niere, wenn diese noch gesund ist, stattfinde. In Anwendung dieser Betrachtungen auf unsere Kranke müssen wir anerkennen, daß sie eine deszendierende Pyonephrose hatte: die Harnblase war ja vollständig gesund, und so konnte von einem aszendierenden Prozeß natürlich nicht die Rede sein.

Welches sind nun die Infektionsquellen in solchen Fällen? Eine sehr häufige Infektionsquelle ist erstens der Darmkanal. Durch direkte Experimente ist erwiesen, daß das Bact. coli commune aus dem Darm in die Nieren gelangen kann (Posner, Baginsky); Heubner sagt beispielsweise, daß schon die gewöhnliche chronische Obstipation genügt, um das Eindringen von Kolibazillen in die Nieren durch die Blutbahn zu ermöglichen. In zahlreichen Fällen ist dieses Forschungsergebnis auch klinisch bestätigt worden. Die zweite Infektionsquelle sind die Genitalorgane, namentlich bei der Frau, und schließlich kommen als dritte Infektionsquelle die allgemeinen Erkrankungen in Betracht, welche in gewissen Fällen eine locus minoris resistentiae finden können. Wie

leicht aber Bakterien aus dem Blute in die Nieren eindringen können, beweisen beispielsweise die Experimente von Klecki, der Versuchstieren Mikroorganismen in das Blut injizierte und nach 2—3 Minuten das Vorhandensein der letzteren im Harn nachweisen konnte. Wie sonst im Organismus genügt auch in den Nieren das bloße Eindringen von Mikroorganismen nicht, um eine Erkrankung hervorzurufen; vielmehr ist ein günstiger Boden erforderlich. Als prädisponierende Momente kommen hier am häufigsten Hydronephrosen, Nierensteine, Traumen und Neubildungen in Betracht.

Ursprünglich aseptische Hydronephrosen können infiziert werden, wobei die Infektion entweder die aszendierende Bahn oder diejenige durch das Blutzirkulationssystem einschlägt, was klinisch sowohl, wie auch experimental erwiesen ist. Das ist auch vollständig begreiflich. Die Retention in der Niere spielt dieselbe Rolle wie die Retention in der Harnblase. Sie schafft einen sehr günstigen Boden für die Vitalität der Mikroorganismen. Dasselbe wird auch bei Steinen beobachtet. Nierensteine, die bisweilen sehr lange aseptisch bleiben, schaffen nicht selten günstige Verhältnisse für die Infektion, indem sie entweder eine Harnretention in der Niere oder aber Traumen der Nierenbeckenschleimhaut verursachen. Gleiche Verhältnisse werden, wie Albarran auf Grund seiner Beobachtungen angibt, durch Neubildungen wie auch durch Traumen der Niere geschaffen.

Was den einzelnen Fall betrifft, so ist es gewöhnlich sehr schwer, das ätiologische Moment zu eruieren. Es ist sogar schwer festzustellen, ob wir es mit einem deszendierenden oder aszendierenden Prozeß zu tun haben. Bei Männern kommt außer den oben angegebenen Momenten noch die Gonorrhoe als häufiges ätiologisches Moment in Betracht, und anscheinend muß man mit dieser auch bei Frauen rechnen (Tuffier, l. c., p. 525), namentlich wenn früher weder Nierensteine, noch Hydronephrose bestanden haben. Für diese Ansicht spricht noch der Umstand, daß bei Frauen, welche längere Zeit an Hydronephrose gelitten haben, letztere sich nach der Verheiratung der Frauen in Pyonephrose verwandelt. Eine nicht minder wichtige Rolle spielt in der Ätiologie der Pyonephrosen auch die Tuberkulose, worauf besonders Herczel aufmerksam macht.

Nun fragt es sich, mit welcher Art von Pyonephrose wir es bei unserer Kranken zu tun hatten. Wir wollen einmal die Krankengeschichte rekapitulieren. Die Kranke ist sehr erschöpft, es besteht rechtsseitige Pyonephrose. Die Blasenöffnung des Ureters ist mit

Granulationen bedeckt, der Ureter ist für den Katheter nicht immer permeabel, augenscheinlich infolge von entzündlichen Kommissuren. Die rechte Niere funktioniert schwach (ca. 2,0 Harnstoff in 24 Stunden), sie scheidet viel Eiter und teilweise auch rote Blutkörperchen aus. Die linke Niere funktioniert gleichfalls nicht vollständig ausreichend, und in deren Harn sind gleichfalls Eiter und rote Blutkörperchen in mäßiger Quantität zu sehen. An der rechten Lungenspitze abgeschwächtes Atmen. Auf Grund dieser Befunde muß man meines Erachtens annehmen, daß wir es mit einer tuberkulösen Pyonephrose zu tun haben, trotz der Nichtauffindung von Koch'schen Bazillen im Harn. Was die Frage der operativen Intervention betrifft, so kann man in Bezug auf diese nur einer Meinung sein, nämlich daß die eitrige Höhle nach außen entleert werden müsse, um, so weit angängig, die Infektion der zweiten, bereits teilweise erkrankten Niere zu verhüten.

Als operative Intervention kommt hier nur die einfache Inzision in Betracht, selbst wenn die Nierenerkrankung weit fortgeschritten sein sollte; die zweite Niere funktioniert zu schwach, als daß man eine Exstirpation der erkrankten Niere wagen dürfte. Aber auch abgesehen davon ist die Kranke zu schwach, um eine mehr oder minder schwere Operation ertragen zu können. In den letzten 4—5 Tagen vor der Operation stieg die Temperatur täglich gegen Abend bis 38,0—38,3, um gegen Morgen zur Norm zurückzukehren. Die tägliche Harnquantität betrug durchschnittlich ca. 1200 ccm.

Am 22. Januar wurde in Chloroformnarkose die Operation ausgeführt. Mittelst obliquer lumbaler Incision wurde die Nierenkapsel freigelegt, die sich gleich in die Wunde vorstülpte. Die Wandungen der Nierenkapsel wurden an beiden Seiten mittelst dicker Fäden gefaßt, zwischen denen die Nierenkapsel samt dem dünnen Nierenparenchym eröffnet wurde; es entleerte sich dabei ca. $^1/_2$ l dichten Eiters. Die Nierenkapsel wurde mittelst einiger Nähte an die Wundränder befestigt. Bei der Untersuchung durch die Wunde der eröffneten Niere ergab es sich, daß sich in derselben einige Taschen befinden, die miteinander kommunizieren und eine große, eitrige Höhle bilden. Die ganze Höhle wurde mit sterilisierter Gaze ausgestopft; hierauf Verband. Gegen Abend sank die Temperatur bis zur Norm. Der Verband ist durchnäßt. Die Patientin ist schwach. Am 23. Januar Wechsel der mit Eiter durchtränkten Tampons. Sekretion sehr profus, Temperatur normal; die tägliche Harnquantität sank bis 500 ccm. Am 24., 25. und 26. Januar status idem. Subjektives Befinden befriedigend, Sekretion etwas geringer.

Digitized by Google

Vom 27. Januar begann die tägliche Harnquantität rasch zu steigen und erreichte bald 1500 ccm in 24 Stunden. Die Heilung ging glatt, aber langsam von statten. Zeitweise wurden plötzliche Temperatursteigerungen, bisweilen sogar bis 39,0° abends beobachtet. Die tägliche Harnquantität nahm immer mehr und mehr zu und betrug schießlich 2500 ccm täglich, d. h. es bestand ausgesprochene Polyurie. Der Harn wurde bedeutend reiner, wenn er auch immer noch Eiter enthielt. Am 4. März wurde die Patientin mit vollständig geheilter Wunde entlassen. Sie war aber noch schwach und erschöpft. Zu bemerken wäre, daß die Wunde ohne Fistelbildung verheilte, was bei weitem nicht immer beobachtet wird. Bei Vorhandensein einer Fistel muß man, bevor man zu irgend einer Operation an der Niere oder am Ureter schreitet, eine Verheilung der Fistel zu erzielen suchen, indem man die Niere durch Einführung eines Katheter à demeure in den Ureter drainiert. In den meisten Fällen gelingt es auf diese Weise, die vollständige Schließung des Fistelganges zu fördern.

Die Patientin befindet sich noch unter meiner Beobachtung. Sie klagt über Schmerzen in der linken Nierengegend, über Appetitmangel, bisweilen auch über Erbrechen. Sie ist noch immer sehr schwach und erholt sich nicht. Zeitweise bestehen Schüttelfröste, die durch Temperatursteigerung ersetzt werden. Harn etwas trübe. Ich glaube annehmen zu müssen, daß das Los dieser Patientin ein trauriges ist: beide Nieren sind nicht imstande, ihrer Funktion gerecht zu werden.

Die Operation hat, indem sie die rechte Niere vom Druck von seiten der Eiteransammlung befreit hatte, die Nierenfunktion belebt, und die Kranke hat sich ein wenig erholt; die Belebung war aber augenscheinlich nur eine vorübergehende. Gegenwärtig haben sich wieder Symptome von Insufficienz der Nierenfunktion eingestellt. Diese Erscheinungen werden sich wahrscheinlich progressiv steigern, und man wird der Patientin, da beide Nieren erkrankt sind, durch Operation nicht mehr helfen können.

2. Die 27jährige Patientin B. P. wurde am 12. Juli 1900 in die mir unterstellte Abteilung durch Dr. J. W. Silberberg behufs Feststellung der Erkrankung eingeliefert. Die Patientin klagt über eine Geschwulst in der Bauchhöhle rechts, die bei Druck schmerzhaft und beim Gehen hinderlich ist. Außerdem besteht gesteigerter schmerzhafter Harndrang, wobei trüber Harn entleert wird. Die Patientin gibt an, seit länger als einem Jahre an diesen Erscheinungen zu laborieren. Der Vater der Patientin lebt und ist gesund, die Mutter ist an einer Lungenentzündung

gestorben. Die Schwestern der Patientin erfreuen sich einer guten Gesundheit, Brüder hatte sie nicht. Kinderkrankheiten will die Patientin nicht überstanden haben. Erste Periode im 16. Lebensjahre, regelmäßig. Im 19. Lebensjahre hatte sich die Patientin verheiratet und im ganzen sieben Kinder geboren, die sämtlich gesund sind. Außerdem hat sie einmal ohne greifbare Ursache abortiert. An Frauenkrankheiten will die Patientin niemals gelitten, Blutungen niemals gehabt haben, wie überhaupt niemals krank gewesen sein. Erst vor ca. $1^1/_2$ Jahren erkrankte sie zum ersten Mal, wobei sie sich in letzter Zeit schlechter fühlte, abmagerte, appetitlos wurde und zeitweise an Fieberanfällen litt.

Status: Die Patientin ist mager. Panniculus adiposus ziemlich schwach entwickelt, sichtbare Schleimhäute blaß. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle sind normal. In der Bauchhöhle fühlt man rechts in der Höhe des Nabels eine leicht bewegliche, ziemlich derbe, höckrige, bei der Untersuchung schmerzhafte, ungefähr $1^1/_2$ faustgroße, nierenförmige Geschwulst, die sich in das Hypochondrium ziemlich leicht reponieren läßt. An einer Stelle der Geschwulst fühlt man eine gewisse Resistenz, gleichsam tiefe Fluktuation. Die Untersuchung des rechten Ureters ist schmerzhaft. Überhaupt geht die Untersuchung der Patientin ziemlich leicht von statten, weil die Bauchwände sehr dünn sind. Harn stark eitrig, tägliche Harnquantität normal.

Die vorstehenden Befunde, d. h. die Lokalisation der Geschwulst, ihre Form, Beweglichkeit, sowie die Harnveränderungen weisen deutlich darauf hin, daß wir es mit einer Erkrankung der rechten Niere zu tun hatten. Die Untersuchung des Harns ergab: Harn trübe, Reaktion amphotär, spezifisches Gewicht 1013, Eiweiß 2 pro mille; im Niederschlag Eiterkörperchen in sehr großer Quantität.

Welche Diagnose war nun auf Grund der gewonnenen Resultate zu stellen? In erster Linie konnte man an eine Neubildung der Niere denken: das rasche Wachstum der Geschwulst schien diese Diagnose zu bestätigen. Jedoch muß man bekanntlich sich den anamnestischen Angaben gegenüber mit großer Vorsicht verhalten, namentlich wenn wir es mit wenig intelligenten Patienten zu tun haben. Denn eine Geschwulst wird von den Patienten erst dann wahrgenommen, wenn sie Beschwerden zu machen beginnt, indem sie Schmerzen hervorruft oder bei der Arbeit störend ist. Bis dahin kann die Geschwulst längere Zeit bestehen, ohne daß die Patienten von deren Existenz Kenntnis nehmen. Dann aber sprechen die bedeutende Quantität von

Digitized by Google

Eiter im Harn und die geringfügige Blutmenge gegen die Annahme einer Neubildung.

Es war auch schwer, die Eventualität eines Nierensteines (sekundären) anzunehmen: das Vorhandensein von charakteristischen Kolikanfällen, Unabhängigkeit der Schmerzen von Ruhe und Bewegung, das vollständige Fehlen von Krystallen im Harn sind für Nierenstein wenig charakteristisch. Nach der Ausschließung dieser zwei Ursachen mußte man bei der dritten Eventualität, und zwar bei Tuberkulose der Niere, als bei einer Erkrankung, die relativ nicht selten vorkommt, stehen bleiben. Der vergrößerte Umfang der Niere, die Konsistenz derselben, die bedeutende Eitermenge im Harn, die Blutbeimischung sind in diesem Falle ziemlich charakteristisch, um so mehr als die Eventualität einer anderweitigen Nierenerkrankung, wie gesagt, ausgeschlossen werden konnte.

Zur endgiltigen Feststellung der Diagnose, sowie des Zustandes der zweiten (linken) Niere führte ich am 17. Juli die cystoskopische Untersuchung nebst Katheterismus der Ureteren aus. Das cystoskopische Bild war folgendes: Kapazität der Harnblase normal, Blasenschleimhaut vollständig normal. Rechts stellenweise blutunterlaufene Stellen, wie sie bei Cystitiden gewöhnlich beobachtet werden. Die Oeffnung des linken Ureters ist normal, diejenige des rechten Ureters ist von einer hyperämischen, mit Granulationen bedeckten Schleimhaut umgeben.

Nun wurde versucht, den rechten Ureter zu katheterisieren. Nachdem der Katheter sehr leicht in die Blasenöffnung des Ureters hineingelangt war, stieß er auf ein Hindernis ungefähr in einer Entfernung von 10—15 cm von der Blase und ging trotz aller möglichen Manipulationen nicht weiter. Infolgedessen mußte der Katheder extrahiert und überhaupt von dem Gedanken, den Katheter in die rechte Niere einzuführen, Abstand genommen werden.

Da aber die Eventualität einer Nephrektomie erwogen wurde, so war es doch notwendig, den Zustand der zweiten Niere festzustellen, Zu diesem Zwecke wurde nach 3 Tagen die Katheterisation der linken (gesunden) Niere ausgeführt. Nach sorgfältiger Ausspülung der Blase wurde der Katheter eingeführt, der ohne Schwierigkeiten bis zum Nierenbecken vordrang, wo er für 24 Stunden liegen gelassen wurde, ohne daß die Patientin über irgend welche Beschwerden geklagt hätte. Schmerzen waren nicht vorhanden. Die Temperatur blieb bis zum Tage der Operation nach wie vor normal.

Auf diese Weise ist die tägliche Harnquantität aus der linken,

gesunden Niere mittelst Nierenkatheters gewonnen worden, während der Harn der rechten (kranken) Niere mittelst Katheterisierung der Blase alle 3 Stunden gesammelt wurde. Die Analyse der täglichen Harnquantität ergab Folgendes:

	Rechte Niere. (Harn aus der Blase)	Linke Niere (Harn aus dem Nierenkatheter)
Quantität	400 ccm	1500 ccm
Farbe	blaß	gelb
Aussehen	trübe	klar
Geruch	normal	normal
Spezifisches Gewicht	1013	1010
Reaktion	alkalisch	sauer
Niederschlag	reichlich, weiß	unbedeutend, weiß
Harnstoff	1,5 (in 24 Stunden)	15,37 (in 24 Stunden)
Harnsäure	0,1062 „ „ „	0,697 (in 24 Stunden) 0,465 pro Liter
Chloride	1,285 „ „ „	7,8 „ „ „ 5,2 „ „
Phosphate	0,12 „ „ „	1,4 (in 24 Stunden)
Eiweiß	2 pro mille	0,25 pro mille
Zucker	0	0
Histologische Untersuchung	Eiter in sehr bedeutender, Erythrocyten in mäßiger Quantität; Epithelzellen	Einzelne Erythrocyten
Bakteriologische Untersuchung	Tuberkelbazillen nicht gefunden.	Desgleichen.

Meines Erachtens ist es schwer, sich ein instruktiveres Beispiel zu denken, in dem der Nutzen des Ureterenkatheterismus so zweifellos erwiesen worden wäre. Man braucht nur die Resultate der Analyse anzusehen, um Anhänger dieser wertvollen und unersetzbaren Untersuchungsmethode zu werden.

Das Ergebnis der Analyse zeigt, daß die linke Niere vollkommen gesund ist und absolut regelmäßig funktioniert. Was die rechte Niere betrifft, so funktioniert sie fast garnicht. Nach der Quantität der Flüssigkeit ist ihre Sekretion eine ausreichende, aber leider kann man dasselbe nicht von der Qualität der Sekretion bezw. von der Quantität der Bestandteile sagen. Besonders stark ist die Harnstoff- und Chloridenausscheidung (1,5 bezw. 1,285 in 24 Stunden) verringert. Guyon

mißt diesem Umstande eine sehr große Bedeutung bei und betrachtet ihn als für die Tuberkulose der Nieren charakteristisch. Es spricht somit auch das Ergebnis der Analyse zu Gunsten unserer Hypothese, nämlich zu Gunsten einer tuberkulösen Affektion der rechten Niere. Die Nichtauffindung von Tuberkelbazillen im Harn beweist nichts, da es bekannt ist, mit welchen Schwierigkeiten die Auffindung von Bazillen im Harn namentlich wenn sie nur spärlich vertreten sind, verknüpft ist.

An dieser Stelle möchte ich in Erinnerung bringen; daß man Tuberkelbazillen nicht in der in 24 Stunden gesammelten Harnmenge, die lange gestanden hat, sondern unbedingt in einer frisch gelassenen Harnportion suchen muß. Die Nichtbeachtung dieser Regel erklärt die Nichtauffindung von Tuberkelbazillen in vielen Fällen von tuberkulöser Nierenaffektion. Außerdem ist auch Folgendes außerordentlich wichtig. Wenn man bei Vorhandensein von Eiter im Harn auf den in einfacher Weise gefärbten Objektträgern weder Koch'sche, noch irgend welche andere Bazillen findet, so muß man stets im Auge haben, daß man es höchstwahrscheinlich mit Tuberkulose zu tun hat.

Die Impermeabilität des rechten Ureters für den Katheter läßt sich ganz leicht erklären. Augenscheinlich hat der Eiter auf seinem Wege zur Harnblase schon die oberen beiden Drittel des Ureters infiziert, während im unteren Drittel an der Grenze zwischen dem erkrankten und vorläufig noch mehr oder minder gesunden Abschnitt bindegewebige Kommissuren entzündlichen Ursprungs vorhanden sind, die wohl für den Harn, aber nicht für den Katheter durchgängig sind. Dieser Niereneiter hat wohl auch die benachbarten Abteilungen der Blasenschleimhaut zu infizieren begonnen, was sich durch Entwicklung von Granulationen um die Oeffnung des Ureters herum, sowie durch die Bildung von blutunterlaufenen Stellen kund gab.

Wenn wir die vorstehenden Ausführungen nochmals rekapitulieren, erhalten wir folgendes Bild: Die rechte Niere ist bedeutend vergrößert, mäßig derb, höckrig, stellenweise gleichsam fluktuierend, bei Druck schmerzhaft und leicht beweglich. Der größte Teil des Ureters ist gleichfalls affiziert. Im Harn wenig Eiter. Die Niere funktioniert fast garnicht.

Unter diesen Umständen wurde die Diagnose folgendermaßen formuliert: Deszendierende primäre Tuberkulose der rechten Niere nebst Affektion des Ureters. Infolgedessen wurde beschlossen, die Nephrektomie vorzunehmen, was in Anbetracht des Vorhandenseins einer zweiten gesunden Niere durchaus indiziert war.

Am 25. März nahm Dr. J. W. Silberberg die Operation vor. Incision vom oberen Rande der 12. Rippe in obliquer Richtung nach unten zur Spina ossis ilei anterior superior bis auf das perirenale Zellgewebe. Bei der Ablösung der Nierenkapsel wurde das vorliegende Peritoneum eröffnet, welches bald mittelst Nähte sofort geschlossen wurde. Die Nierenkapsel ist verdichtet und mit den benachbarten Geweben verwachsen. Die Enucleation der Niere ging infolgedessen schwer von statten. Bei der Hervorziehung des unteren Hornes der Niere zeigte sich auch der Ureter, der bedeutend verdickt war. Beim Versuch, auf den Ureter eine Ligatur möglichst tief unten anzulegen, riß der Ureter, wobei aus demselben Eiter im Strom hervorstürzte. Auf die Rißstelle wurden nun Pincetten angelegt und zwischen denselben der Ureter durchschnitten. Hierauf wurde der obere Horn der Niere, der durch besonders zahlreiche Verwachsungen fixiert war, hervorgeholt, die Gefäße mittelst Seidenfadens unterbunden, worauf die ganze Niere entfernt wurde. Nach Stillung der relativ geringfügigen Blutung wurde der zurückgebliebene Abschnitt des Ureters in den unteren Wundwinkel eingenäht und offen gelassen, damit sein eitriger Inhalt sich nicht in die Harnblase, sondern nach außen ergösse; in das Lumen des Ureters wurde ein Streifen Jodoformgaze eingeführt. Bei der Besichtigung der nach der Enucleation der Niere zurückgebliebenen Höhle wurde in der Tiefe eine Blutung bemerkt, auf die blutende Stelle infolgedessen eine Klemmpinzette angelegt und diese in der Wunde zurückgelassen, weil es unmöglich war, eine Ligatur anzulegen. Tampon und Verband. Die ersten 24 Stunden nach der Operation verbrachte die Patientin befriedigend. Temperatur 36,7, Verband trocken, Harnquantität 250 ccm, Harn etwas trübe. Am folgenden Tage stieg die Temperatur gegen Abend bis auf 38,5. Harnquantität 700 ccm, Harn ziemlich rein, jedoch stark besättigt. Am folgenden Morgen Verbandwechsel. Die Klemmpinzette wird entfernt. Dann sank die Temperatur bis zur Norm. Die Harnquantität wurde allmählich normal, der Harn vollständig rein und klar, und die Heilung ging durchaus regelmäßig von statten. Die Patientin begann sich allmählich zu erholen und fühlte sich nur durch die Diarrhoe belästigt, welche 10—12 Tage anhielt. Nachdem die Diarrhoe aufgehört hatte begann die Patientin sich rasch zu erholen, die Wunde verzog sich allmählich, und am 17. Oktober, d. h. etwas mehr als $2^1/_2$ Monate nach der Operation, wurde die Patientin gesund, mit bedeutender Körpergewichtszunahme und vollständig verheilter Wunde entlassen.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung der exzidierten Niere und des Ureters hat unsere Diagnose vollauf bestätigt und die Leistungsfähigkeit und Unersetzbarkeit des Ureterenkatheterismus sowohl für die Aufklärung des Wesens der Erkrankung, wie auch für den Nachweis einer zweiten, gesunden Niere, in bestem Lichte gezeigt. Und doch warnen die Gegner des Ureterenkatheterismus vor Anwendung dieser Untersuchungsmethode, namentlich bei Nierentuberkulose: sie schrecken vor der Möglichkeit einer Verschleppung der Infektion nach der zweiten, gesunden Niere zurück.

Auf diese außerordentlich wichtige Frage gehe ich hier nicht weiter ein, weil ich sie am Ende meiner Arbeit ausführlich erörtere; ich kann aber nicht umhin, hier auf Folgendes aufmerksam zu machen. Bei Nierentuberkulose, die, wie es durch die Untersuchungen von Albarran, Baumgarten, Laroche und anderen Autoren mit absoluter Sicherheit erwießen ist, häufig primär vorkommt, ist es von außerordentlicher Wichtigkeit, die Diagnose möglichst frühzeitig zu stellen. Die Resultate der Operation sind bei primärer Nierentuberkulose, wenn die Operation rechtzeitig ausgeführt wird, gewöhnlich glänzende. Leider läßt sich dies nicht von den Fällen sagen, in denen die Diagnose erst bei weit fortgeschrittener Affektion gestellt wird: der primäre Herd bleibt in der einen Niere nur eine kurze Zeit passiv, dann beginnt aber der Prozeß sich allmählich auszudehnen, indem er sich dem Ureter entlang senkt, die Harnblase infiziert, dann dem zweiten Ureter entlang in die Höhe geht und die zweite Niere infiziert, die bis dahin event. vollständig gesund gewesen ist.

Und doch verläuft die primäre Nierentuberkulose in den Anfangsstadien ihrer Entwicklung gewöhnlich latent: Der Patient beginnt zwar häufiger Harndrang zu verspüren, der Harn ist aber dabei sehr klar und gelangt in sehr großer Quantität zur Ausscheidung. Dann beginnen Schmerzen in der Gegend der kranken Niere aufzutreten, der Harn wird etwas trübe und schließlich eitrig. Der Patient wird allmählich schwächer, der Appetit verschwindet, die Kräfte nehmen ab: hier kann sogar eine geringe Verzögerung der Operation die Genesungschancen herabsetzen.

Bei der Beschreibung meines Falles habe ich bereits alles gesagt, was sich auf die Differentialdiagnose dieses Falles bezieht, und ich brauche nur hinzuzufügen, daß vorstehende Ausführungen für alle Fälle von Nierentuberkulose überhaupt gelten können. Alles in allem ist die Diagnose doch nur dank der Cystoskopie und dem Ureteren-

Digitized by Google

katheterismus endgiltig erklärt worden; diese Methoden waren es auch mit deren Hilfe man hat nachweisen können, daß die zweite Niere gesund ist, so daß man mit ruhigem Gewissen an die Entfernung der erkrankten Niere gehen konnte. In diesen Fällen mußte man wegen Umständen, von denen im Vorstehenden bereits die Rede war, regelwidrig die gesunde Niere katheterisieren, was nur im äußersten Falle und unter Befolgung besonderer Vorsichtsmaßregeln geschieht. Wie sonst, ist der Katheterismus auch in diesem Falle ohne jegliche Folgen für die Kranke verlaufen und hat uns zugleich außerordentlich wertvolle und unbestreitbare Anhaltspunkte dafür gegeben, daß die tuberkulös erkrankte Niere überhaupt nicht mehr funktioniert, während die zweite Niere vollständig gesund ist und die Funktion der erkrankten Niere übernommen hat.

Was die Operation bei primärer Nierentuberkulose betrifft, so ist die Nephrektomie das einzig rationelle Verfahren.

Gewiß muß man sich bisweilen auf die Nephrotomie beschränken, beispielsweise bei Retention. Jedoch gibt diese Operation nur vorübergehende Besserung, und der Krankheitsprozeß geht dann noch rascher vor sich; gewöhnlich leben die Kranken nicht einmal 2 Jahre lang.

Ganz andere Resultate liefert die Nephrektomie: Die Kranken beginnen nach der Operation sich rasch zu erholen, nehmen an Körpergewicht zu und erfreuen sich hierauf mehrere Jahre lang einer vorzüglichen Gesundheit.

Was den Mortalitätsprozentsatz betrifft, so wird in der letzten Zeit eine zweifellose Besserung desselben beobachtet. Wir verdanken diese erfreuliche Tatsache nicht nur der genaueren und rationelleren Anwendung der Regeln der Antiseptik während der Operation, sondern in bedeutendem Grade auch dem Umstand, daß wir gelernt haben, die Diagnose richtig zu stellen, und das ist in erster Linie das Verdienst der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus.

Der Mortalitätsprozentsatz, der früher 28 betragen hatte, wird in der letzten Zeit von einigen Autoren folgendermaßen angegeben: bei Czerny sind von 7 Operierten 6 genesen, bei Albarran sind von 19 Operierten 18 genesen, bei Israel von 20 Operierten 15, bei Kister von 11 Operierten 9 etc. Im allgemeinen ist der Mortalitätsprozentsatz auf Grund der vorstehenden Zahlen um 12 % heruntergegangen.

In der letzten Zeit hat man begonnen, noch die partielle Resektion der Nieren anzuwenden (Czerny, Kümmel u. a.). Man kann

aber augenblicklich noch zu keinem endgiltigen Schlusse darüber kommen, weil die Zahl der Operierten relativ gering und die seit der Operation verflossene Zeit noch zu kurz ist, um ein Urteil über die Dauerresultate dieser Operation zu ermöglichen.

Nebenbei möchte ich an dieser Stelle hervorheben, daß an Nierentuberkulose bedeutend häufiger Menschen im mittleren Lebensalter und namentlich Frauen erkranken. So hat Tuffier im ganzen 43 Fälle von Nierentuberkulose beobachtet, worunter 29 Frauen und nur 14 Männer waren. Albarran hat Nierentuberkulose im ganzen 203 mal beobachtet, darunter 148 mal bei Frauen und nur 55 mal bei Männern.

4. Fall. Die 32jährige Patientin Sch. R. wurde anfangs März 1901 in die urologische Abteilung des Hospitals wegen einer schmerzhaften Geschwulst in der Bauchhöhle aufgenommen.

Die Kranke ist seit ihrer Kindheit stets schwach und blutarm, wenn auch nie ernstlich krank gewesen. Ihr Vater starb an irgend einer näher nicht zu bezeichnenden Krankheit, die Mutter an Kindbettfieber. Ihre Schwester ist gesund. Menses im 15. Lebensjahre, regelmäßig. Blutungen waren nicht vorhanden. Die Patientin hat sich im 17. Lebensjahre verheiratet und im ganzen 10 mal geboren. Von den Kindern leben augenblicklich nur 3, alle übrigen sind an verschiedenen Infektionskrankheiten in frühem Lebensalter zu Grnnde gegangen.

Die Patientin hat vor einem halben Jahre links in der Bauchhöhle eine Geschwulst bemerkt, die rasch zu wachsen begann und zeitweise ziemlich heftige Schmerzen verursachte; zugleich begann die Patientin allmählich abzumagern und namentlich in der letzten Zeit hochgradige Schwäche zu verspüren: es kam sogar nicht selten zu Anfällen von Schwindel, sowie zu Ohnmachtsanfällen; Blut will die Patientin im Harn niemals gesehen haben.

Status: Die Patientin ist schwach gebaut, Fettpolster schwach entwickelt, sichtbare Schleimhäute sehr blaß. Organe der Brusthöhle normal. In der Bauchhöhle befindet sich links eine Geschwulst, welche die gesamte linke Hälfte des Abdomens einnimmt und selbst in einer gewissen Entfernung zu sehen ist, da die dünnen Bauchwände oberhalb der Geschwulst ziemlich deutlich hochgehoben sind. Die Geschwulst ist derb und höckerig an der vorderen und im Gegenteil gleichmäßig resistent an der hinteren Oberfläche; sie läßt das Gefühl von Fluktuation wahrnehmen. Die Geschwulst ist wenig beweglich und auf Druck schmerzhaft. Bei leichter oberflächlicher Untersuchung der Geschwulst findet man in deren vorderer Oberfläche einen senk-

Digitized by Google

recht verlaufenden Wulst, der wahrscheinlich nichts anderes ist als das zusammengezogene Colon descendens. Bei der Perkussion oberhalb der Geschwulst hört man gedämpften Schall. Bei der bimanuellen Untersuchung, bei der die eine Hand hinten an der Wirbelsäule und die andere vorn vor der Geschwulst lag, ließ sich die Geschwulst gleichsam mit beiden Händen umgreifen und von vorn nach hinten, sowie zurück verschieben. Die Haut läßt sich oberhalb der Geschwulst leicht falten. Was die Größe der Geschwulst betrifft, so übertrifft sie augenscheinlich die des Kopfes eines erwachsenen Mannes. Tägliche Harnquantität normal. Harn leicht trübe, blaß gelb, sauer; spezifisches Gewicht 1016; Eiweiß in Spuren. Im Harnniederschlag Leukocyten in geringer Anzahl. Temperatur normal. Sonst äußert die Patientin keine Beschwerden, nur wird sie von ziemlich hartnäckigen Verstopfungen belästigt.

Die von Dr. Mandelstamm ausgeführte gynäkologische Untersuchung ergab ein negatives Resultat: die Geschwulst stand mit den Genitalorganen in keinem Zusammenhang; rechte Niere augenscheinlich nicht vergrößert, nicht palpabel und nicht schmerzhaft.

Wir haben es also hier mit einer rasch gewachsenen (innerhalb einiger Monate), höckerigen, wenig beweglichen Geschwulst zu tun, die, soweit auf Grund des erhobenen Befundes geurteilt werden durfte, von der linken Nierengegend auszugehen schien. Um sich endgiltig davon zu überzeugen, wurde der Kranken durch den Mastdarm Luft eingeblasen: das stark aufgetriebene Colon descendens kam dabei oberhalb der Geschwulst zu liegen (etwas von innen von der Mittellinie derselben), desgleichen die Flexura colica sinistri und der anliegende Teil des Colon transversum.

Die Lagerung der Gedärme vor der Geschwulst sprach mit absoluter Sicherheit dafür, daß wir es mit einer außerhalb der Peritonealhöhle liegenden Geschwulst, d. h. mit einer Geschwulst der Niere zu tun hatten.

Israel macht darauf aufmerksam, daß die Lagerung der Gedärme vor der Geschwulst nur für die linke Niere von entscheidender Bedeutung ist, während wir rechts trotz dieser Lagerung der Gedärme es nicht mit einer Nierengeschwulst, sondern mit einer Lebergeschwulst zu tun haben können: solche diagnostische Irrtümer sind aus dem Grunde vorgekommen, weil die etwas gesenkte rechte Niere den Dickdarm nach vorn und nach innen verdrängte, so daß es schien, daß die Geschwulst außerhalb der Peritonealhöhle liege.

Digitized by Google

Was den Charakter der bei unserer Patientin konstatierten Geschwulst betrifft, so bot dieser keine besonderen Schwierigkeiten für die Diagnose dar: die hochgradige Abmagerung der Patientin, das rasche Wachsen der Geschwulst, ihre höckerige Beschaffenheit, ferner die geringe Beweglichkeit sprachen dafür, daß wir es mit einem Cystosarkom der linken Niere zu tun haben. An Sarkom mußten wir aus dem Grunde denken, weil das Alter der Patientin gewissermaßen gegen Carcinom sprach.

Da die Diagnose nun nicht mehr zweifelhaft war, so mußten nur zwei Punkte klargelegt werden: 1. in welchem Zustande sich die zweite Niere befand und 2) welche Operationsmethode zu wählen ist.

Zur Klarlegung des Zustandes der rechten Niere unternahm ich die cystoskopische Untersuchung, die folgendes ergab: Capacität der Harnblase normal; Blasenschleimhaut normal; die Öffnung des rechten Ureters zeigt gewöhnliche Form und Größe und entleert reinen Harn; die Öffnung des linken Ureters ist kaum angedeutet und hat während der ganzen Zeit der ziemlich langen Beobachtung nicht ein einziges Mal Harn entleert; man gewann den Eindruck als ob wir es mit einer verwachsenen Ureterenmündung zu tun hätten. Zur Nachprüfung dieser Wahrnehmung machte ich den Versuch, den Katheter in diesen Ureter einzuführen: Die Spitze des Katheters ging an die Öffnung des Ureters heran, aber nicht in dieselbe hinein. Es war somit klar, daß die linke Niere ihren Harn in die Blase nicht entleert und daß eine Neubildung den linken Ureter wahrscheinlich durchwuchert und ihn undurchgängig gemacht hat.

Dieser Prozeß ist natürlich langsam vor sich gegangen und hat zur Bildung einer Hydronephrose geführt, worauf die einzelnen glatten, resistenten und fluktuierenden Abschnitte dieser Geschwulst hinweisen. Schließlich dürfte der Ureter vollständig undurchgängig geworden sein. denn es sprachen dafür das Fehlen von Blutungen und die normale Beschaffenheit des Harns.

Es war somit vollständig überflüssig, die rechte Niere zu untersuchen, denn nur sie allein funktionierte in der letzten und funktionierte regelmäßig, worauf die normale Zusammensetzung des Harns, sowie die genügende Harnstoffausscheidung (ca. 23 gr in 24 Stunden) hinweisen.

Nach allen diesen Feststellungen blieb nichts anderes übrig als schleunigst zur Operation, d. h. zur Exstirpation der kranken Niere zu schreiten. Man mußte sich aus dem Grunde beeilen, weil die

Kranke mit jedem Tage schwächer wurde; in den letzten Tagen mußte sie unbeweglich im Bette liegen, da der Versuch aufzustehen Erbrechen, Schwindel und ohnmachtsähnliche Zustände herbeiführte.

Am 15. März wurde die Exstirpation der Geschwulst durch Lumbalschnitt ausgeführt.

Es wird niemand die Vorzüge der lumbalen Inzision bei Nierenoperation der abdominalen Inzision gegenüber bestreiten wollen, weil die Vorzüge zu augenscheinlich sind; fast alle Autoren bedienen sich dieser Inzision und machen die andominale Incision nur in Fällen von irrtümlicher Diagnose.

Die Größe der zu exstirpierenden Nierengeschwulst braucht gleichfalls nicht den Chirurgen abzuschrecken, denn die größten Geschwülste können durch eine lumbale Incision entfernt werden (Israel). Man muß nur sehr große Schnitte anlegen, sie weit nach vorn und nach hinten fortsetzend und das Bauchfell sowie die darunter liegenden Darmschlingen nach unten verdrängend.

Nun kehre ich zu meinem Fall zurück. Nach Anlegung einer sehr großen, in obliquer Richtung und zwar in der Richtung der größten Konvexität der Geschwulst augeführten Incision und nach Eröffnung der Nierenkapsel begann sich in die Wunde eine ungeheure cystenförmige, fluktuierende, glattwandige Geschwulst vorzudrängen. Um mehr Raum zu gewinnen, setzte ich die Incision weit nach vorn fort, aber die Geschwulst war doch zu groß, um auf einmal ganz exstirpiert werden zu können. Zur Verringerung des Umfanges der Geschwulst wurde in dieselbe ein Troikart eingeführt, worauf sich über ein Liter blutiger Flüssigkeit entleerte. Hierauf wurden die Wandungen der Cyste weit geöffnet, so daß man in die Höhle der Geschwulst mit der Hand eingehen konnte; es stellte sich heraus, daß dieser Sack von der hinteren Nierenoberfläche ausging. Die ganze Höhle war mit faulig riechenden Zerfallsmassen der Geschwulst gefüllt. Am Boden des Sackes palpierte man die derbe, höckerige Nierenmasse, die stellenweise mit Detritus gefüllte Herde enthielt.

Nachdem man sich auf diese Weise von der Richtigkeit der Diagnose überzeugt hatte, schritt man zur Exstirpation der Geschwulst in toto, was infolge der Verwachsungen allerdings mit sehr großen Schwierigkeiten verknüpft war. An zwei Stellen wurde die Peritonealhöhle eröffnet, worauf durch den zweiten Schnitt sich in die Wundhöhle der Milzrand und eine danebenliegende, taubeneigroße accessorische Milz vorstülpte. Die Peritonealhöhle wurde sofort mittelst

Seidennaht geschlossen. Der stark verdickte, knorpelharte Ureter wurde Schritt für Schritt bis zur Grenze des mittleren und unteren Teiles freigelegt und hier nach Anlegung einer Ligatur auf dem unteren, anscheinend nicht degenerierten Teil durchschnitten. Hierauf Unterbindung der Nierengefäße mittelst dicken Fadens und Entfernung der gesamten Geschwulst. Die Blutung war gering. Vernähung des oberen Abschnittes der Wunde; die ganze Höhle wurde mittelst Tampons aus steriler Gaze ausgefüllt, und der Verband angelegt.

Nachdem die Operierte nach dem Krankensaal gebracht war, wurde ihr eine Transfusion von 300 ccm physiologischer Kochsalzlösung gemacht. Im Laufe des Tages erbrach die Kranke mehrere Male. Gegen Abend Temperatur 36,5°. Die Kranke ist sehr schwach, so daß wiederum Transfusionen von physiologischer Kochsalzlösung, sowie subkutane Injektionen von Coffein gemacht werden mußten.

16. März. Die Kranke ist sehr schwach. Puls 120; Temperatur 36,6°. Schmerzen mäßig; Verband trocken. Die Patientin klagt über allgemeine Schwäche. Harnquantität in den ersten 24 Stunden nach der Operation 400 ccm.

17. März. Keine Veränderungen. Täglich 2—3 mal Transfusion von physiologischer Kochsalzlösung. Verband trocken. Harnquantität 400 ccm.

18. März. Am Abend zuvor Temperatur 38,6°. Verbandwechsel; Wunde vollständig rein und granuliert gut. Der obere Teil der Wunde ist per primam geheilt. Gegen Abend Temperatur 37,5. Harnquandität 600 ccm.

19. März. Die Patientin fühlt sich wohl. Verband trocken. Temperatur normal. Puls gut. Spontaner Stuhl. Die Patientin nimmt gern Milch und Eier zu sich.

Die in liebenswürdiger Weise von Dr. Seidmann ausgeführte pathologisch-anatomische Untersuchung der exstirpierten Niere ergab: Niere sehr gedehnt; trotzdem an ihrer Oberfläche einige kugelförmige Höcker hervortreten, so sind doch Form und Konturen der Geschwulst wenig verändert. Dem konvexen Nierenrande entsprechend befinden sich zwei ungleiche, weiche, elastische, fluktuierende Geschwülste, die mit Blut gefüllt sind. Die Wandungen dieser Geschwülste sind bedeutend verdickt, stellenweise glatt, stellenweise mit warzenförmigen Wucherungen ausgekleidet. Auf dem Querschnitt der Niere sieht man eine carcinomatöse markartige weiße Infiltration, in der von Blutergüssen gebildete Höhlen angetroffen werden, die durch bindege-

Digitized by Google

webige Kapseln von dem benachbarten Gewebe abgegrenzt sind. An manchen Stellen ist die Oberfläche des Querschnittes infolge reichlicher Blutergüsse rosarot und weist zerstreut liegende Erweichungsherde auf. Diese Veränderungen beginnen an der Korticalschicht und erstrecken sich bis zum Nierenbecken, wo noch geringe Reste von Nierenparenchym angetroffen werden. Die Wand des Ureters ist an der Stelle, an der der Ureter die Niere verläßt, kleinfingerdick.

Bevor wir die Operation angeordnet haben, suchten wir zunächst die Cystitis zu bekämpfen, was auch durch Ausspülungen der Harnblase mit Borsäure und Höllensteinlösungen, sowie durch die Anwendungen von warmen Wannenbädern und narkotischen Mitteln teilweise gelungen ist.

Am 2. Februar wurde die Operation in Chloroformnarkose ausgeführt. Da stark ausgesprochene Cystitis bestand, die Blase nicht gefüllt werden konnte, und der Stein augenscheinlich groß war, mußte man die Sektio alta wählen. Die Operation ging ziemlich schwer von statten, da man an einer nicht gefüllten Blase operieren mußte. Die Haut wurde in Längsrichtung inzidiert. Nach Eröffnung der Blase wurde aus derselben ein großer Stein entfernt, der 91 gr wog. Zur Verkleinerung der Blasenwunde wurden auf dieselbe zwei Seidennähte von oben angelegt und das Guyon'sche Syphon eingeführt, unterhalb und oberhalb dessen Nähte auf die Haut angelegt wurden. Katheter à demeure. Verband.

Am folgenden Tage fühlte sich der Patient wohl. Temperatur normal. Schmerzen mäßig. Verband trocken. Harn etwas blutig. Am sechsten Tage Verbandwechsel und Entfernung der Hautnähte; desgleichen Entfernung des Syphons. Wiederum Katheter à demeure. Temperatur ununterbrochen normal. Harn trübe; subjektives Befinden gut.

Die Heilung ging normal vonstatten. Der Harn wurde allmählich reiner, die Wunde vernarbte allmählich, und schließlich blieb eine kleine, etwas über stecknadelkopfgroße Oeffnung zurück. Entfernung des Katheters à demeure. Der Patient urinierte leicht, wobei durch die Bauchwunde eine geringe Quantität Harn abging. Nach einigen Tagen wurde wiederum ein Katheter à demeure eingeführt, um den Fistelgang vollständig vernarben zu lassen.

Alles ging vollständig regelmäßig und normal vonstatten; da stellte sich am 28. Februar plötzlich heftiger Schüttelfrost ein, die Temperatur stieg auf 39,6°, und durch die Bauchwunde begann stark

blutiger Harn abzugehen. Der Kranke fühlte sich schlecht und klagte über heftige Kopfschmerzen, sowie Schmerzen im Rücken. Am folgenden Morgen Temperatur 39,2°. Zustand unverändert. Harn bluthaltig.

Die Untersuchung der Nieren ergab negative Resultate bis auf Schmerzhaftigkeit bei der Untersuchung etwas mehr rechts. Der Patient ist sehr schwach, der Puls mäßig gefüllt. In der Nacht stürzte durch die Fistelöffnung Harn hervor, während durch den Katheter fast gar kein Harn abging, so daß es unmöglich war, die tägliche Harnmenge festzustellen. Ausspülung der Harnblase mittelst Borsäurelösung, es gelingt mit einigen Einspritzungen die Harnblase rein zu waschen, was natürlich dagegen spricht, daß die Blase die Quelle der Blutung ist.

Trotzdem wurden Eingießungen in die Harnblase von 3%iger Gelatinelösung in physiologischer Kochsalzlösung verordnet. Innerlich bekam der Patient außer Excitantien noch Liquor ferri sesquichlorati.

2. März. Temperatur morgens 38,5°, abends 38,5°. Zustand unverändert. Blutungen nach wie vor. Es wird Ergunatin subkutan und Eis auf die rechte Nierengegend verordnet.

Am 3. und 4. März dieselben Erscheinungen, nur begann der Patient über Schmerzen in der rechten Nierengegend zu klagen, auf welche eine Eisblase appliziert wurde. Blutungen nach wie vor. Der Patient ist sehr schwach. Gegen Abend stieg die Temperatur bis 40,5°.

5. März. Temperatur 39°; Puls fadenförmig, sehr beschleunigt, saccadiert. Gesicht totenblaß, Pupillen erweitert. Der Patient ist sehr apathisch und antwortet schlaff mit kaum hörbarer Stimme und einsilbigen Worten auf die an ihn gerichteten Fragen. Die Blutung hält an. Es unterlag somit keinem Zweifel, daß bei dem Patienten das vollständige Bild einer Nierenblutung vorhanden war; Herztöne bei der Auskultation mittelst Tetoskops kaum wahrnehmbar. Unter diesen Umständen mußte die Lage des Patienten als verzweifelt betrachtet und mit Sicherheit angenommen werden, daß der Patient, sich selbst überlassen, unrettbar dem Tode geweiht sei.

Es hat sich somit trotz Erwartens in diesem Falle ergeben, daß wir es nicht mit einem Sarkom, sondern mit einem Nierencarcinom zu tun hatten. Eine Zeit lang fühlte sich die Kranke ziemlich wohl, und die Wunde begann sich mit Granulationen auszufüllen und zu verheilen. Bald aber begann die Kranke ohne jegliche sichtbare Veranlassung rasch zu verfallen, indem sie mit jedem Tage immer

Digitized by Google

schwächer und schwächer wurde. Es stellten sich häufig Erbrechen, absolute Appetitlosigkeit und zeitweise ohnmachtsähnliche Anfälle ein. Die Schwäche nahm immer mehr und mehr zu, und am 24. April, d. h. 40 Tage nach der Operation, starb der Kranke. Zu dieser Zeit war die Operationswunde vollständig vernarbt.

Die Sektion, welche nur auf die Bauchhöhle beschränkt werden mußte, ergab: Zweite Niere gesund; Leber außerordentlich groß und durchweg mit carcinomatösen Knoten bedeckt; gleiche Knoten befinden sich in der Milz, desgleichen waren die Mesenterialdrüsen carcinomatös degeneriert.

Dieser Fall ist übrigens auch in der Hinsicht belehrend, daß er noch einmal die Regel bestimmt, daß man die Nephrektomie stets durch die Lumbalinzision ausführen muß, ohne sich durch die Größe der Geschwulst abschrecken zu lassen: man kann Incisionen stets so verlängern, daß man vollständig genügend Raum hat, um selbst große Nierengeschwülste zu entfernen.

5. Fall. Der Patient M. S. wurde am 27. Januar 1901 in die Urologische Abteilung des Hospitals aufgenommen. Er klagte über Schmerzen im Unterleib und über permanenten, schmerzhaften Harndrang. Der Harn soll stets trübe gewesen sein und nicht selten Blut enthalten haben. Der Vater des Patienten ist vor längerer Zeit gestorben, die Todesursache vermag der Patient nicht anzugeben. Die Mutter des Patienten ist gesund. Der Bruder des Patienten ist gesund. Schwestern sind nicht vorhanden. Der Patient gibt an, in der Kindheit niemals krank, sondern stets, bis auf die Erkrankung der Harnröhre, gesund gewesen zu sein. Die ersten Erscheinungen, nämlich die Erschwerung des Harnlassens und Schmerzen im Unterleib sollen vor 12 Jahren aufgetreten sein. Besonders schlecht fühlte sich der Patient nach Bewegungen, während Ruhelage die Schmerzen linderte. Vor 3 Jahren genügte der Patient als Kavallerist der Militärpflicht und hatte während des Dienstes viel mit seiner Gesundheit zu schaffen. Nach heftigen Bewegungen, namentlich nach dem Reiten, stellten sich sehr heftige Schmerzen im Unterleib ein. Der Harn wurde rot. Er wurde mehrere Male nach dem Militärhospital transportiert, wo er sich dank der Ruhe bald etwas besser fühlte und dann zu seinem Truppenteil zurückkehrte. Mit Not und Mühe absolvierte der Patient seine Militärzeit und ließ sich, da er sich immer schlechter und schlechter fühlte und Harndrang fast ununterbrochen bestand, in das Krankenhaus aufnehmen.

Der Patient ist von kräftiger Statur. Fettpolster gut entwickelt. Sichtbare Schleimhäute normal gefärbt. Organe der Brust und Bauchhöhle normal. Nach Einführung eines weichen Nélaton-Katheters entleerte sich aus der Harnblase ungefähr ein Esslöffel voll sehr eitrigen Harns von sehr stechendem Geruch. Die Kapazität der Harnblase betrug nur 30 ccm; beim Versuch, in die Harnblase eine große Quantität Flüssigkeit einzuführen, wurde durch die plötzlich eingetretene Kontraktion der Harnblase der Katheter samt dem Blaseninhalt herausgeschleudert. Die Untersuchung mittelst Steinsonde ergab das Vorhandensein eines augenscheinlich sehr großen Blasensteines; eine genaue Untersuchung konnte nicht stattfinden, da sie sehr schmerzhaft war. Man dürfte nun annehmen, daß sämtliche Beschwerden des Kranken durch den Stein bedingt sind, und daß die begleitende Cystitis die Qualen des Patienten natürlich noch mehr steigerte.

Die Untersuchung des Harns ergab: Harn trübe, seine Farbe ist die schmutziger Bierreste, Reaktion alkalisch, Eiweiß 0,65 pro mille Im Niederschlag waren Phosphorsäure, Ammoniak, Magnesiumkristalle, Eiterkörperchen in bedeutender und rote Blutkörperchen in unbedeutender Quantität vorhanden. Tägliche Harnquantität normal.

Es wurde beschlossen, einen sofortigen Versuch zu machen, die Blutung, die wahrscheinlich von der Niere kam, auf operativem Wege zu stillen: es ist klar, daß man im Falle des Gelingens des Versuches hoffen konnte, den Kranken zu retten. Nun war aber die Frage, welche Niere freigelegt werden soll. In den ersten 2 Tagen klagte der Patient über Schmerzen in der rechten Niere, in den 2 letzten Tagen über Schmerzen in der linken Niere, sodaß die subjektiven Beschwerden des Patienten absolut keine Anhaltspunkte zu liefern vermochten, und doch durfte keine Zeit verloren werden. Unter diesen Umständen beschloß ich, den Versuch zu machen, den Kranken zu cystoskopieren, wenn auch der Zustand des Kranken und der Fistelgang am oberen Ende der Blase, durch den der ganze Blaseninhalt abfloß, den Versuch außerordentlich schwierig machten. Der Versuch ist aber gelungen, indem der Fistelgang während der Untersuchung mittelst Tampons verschlossen gehalten wurde. Mit 2—3 Einspritzungen wurde die Blase gewaschen, dann mit Borsäurelösung gespült und in dieselbe ein Irrigationscystoskop eingeführt; durch dieses letztere wurde die Blase während der Untersuchung mit Borsäurelösung stets nachgefüllt, je nachdem gewisse Mengen derselben durch die Fistelöffnung abflossen.

Die cystoskopische Untersuchung ergab: In der Harnblase bis auf die Erscheinungen von mäßiger Cystitis nichts vorhanden; es war somit klar, daß die Blutung nicht aus der Blase kam, wie auch angenommen wurde. Die Öffnung des linken Ureters ist normal, und man sah nicht, daß aus demselben sich Blut entleerte. Aus der Öffnung des rechten Ureters kroch gerade während der Untersuchung ein langes 0,5 cm dickes Blutgerinnsel, dessen freies Ende in der Blase ballottierte.

Nun blieb kein Zweifel mehr darüber, daß das Blut aus der rechten Niere kam. Ich möchte mir erlauben, hier folgende Frage zu stellen: Wenn man nicht in der Lage gewesen wäre, den Kranken zu cystoskopieren, wären wir dann imstande mit Hilfe der übrigen uns bekannten Untersuchungsmethoden festzustellen, aus welcher Niere das Blut kam? Natürlich wären wir es nicht imstande gewesen, und wir hätten auf das Geratewohl vorgehen und irgend eine Niere freilegen müssen. Würden wir die richtige Niere getroffen haben, so würde die Blutung gestillt werden können; würden wir aber die gesunde Niere angegriffen haben, so würde der Kranke auf dem Operationstisch geblieben sein. Solche Fehler sind früher auch in der Tat nicht selten vorgekommen.

Der Kranke wurde sofort nach dem Operationszimmer getragen, und hier bekam er vor allem 300 ccm physiologischer Kochsalzlösung subkutan. Zunächst Chloroform- und dann Äthernarkose; während der Operation wurden wiederholt subkutane Injektionen von Kochsalzlösung gemacht. Hautincisionen nach Guyon. Bei der Eröffnung der Nierenkapsel zeigte sich, daß die Niere sehr groß ist, infolgedessen wurde das äußere Segment der 12. Rippe reseziert. Es entstand eine gewaltige Höhle, in der der untere und mittlere Teil der Niere vorlagen. Die Niere war ungefähr um das dreifache ihres Umfanges vergrößert und an der Oberfläche mit zahlreichen Cysten bedeckt, die erbsen- bis bohnengroß und mit flüssigem, klebrigem Inhalt gefüllt waren. Beim Versuch, die Niere von den umgebenden Verwachsungen zu trennen, platzten diese Cysten, wobei der Inhalt sich ergoß und die Niere in Stücke zerriß. Die Blutung war sehr stark. In Anbetracht dieses Umstandes sowie der zunehmenden Schwäche des Patienten beschloß ich, große blutstillende Pinzetten auf den Hilus der Niere en masse anzulegen, um so mehr, als es mir nicht gelungen war, an die Nierengefäße heranzukommen. Außerdem wurden sämtliche blutende Stellen mit Pinzetten gefaßt. Auf diese Weise wurde die Blutung zum Stillstand gebracht und dann der gesamte untere und mittlere Teil der Niere

entfernt. Der obere Horn der Niere war mit der Umgebung so fest verwachsen, daß sämtliche Versuche, ihn freizulegen, mißlangen. Von weiteren Versuchen mußte Abstand genommen werden, da die aufgetretene Blutung für den Patienten, der schon vor der Orperation fast ohne Puls war, gefährlich hätte werden können. Der ziemlich erweiterte Ureter wurde zwischen 2 Ligaturen durchschnitten, die ganze Höhle der Wunde mit steriler Gaze festtamponiert. Sämtliche Pinzetten wurden in der Wunde zurückgelassen und nach Anlegung eines Druckverbandes wurde der Patient nach dem Krankensaal gebracht. Gegen Abend sank die Temperatur bis 38,8°. Der Puls war schwach, wenn auch bedeutend besser als vor der Operation. Verband trocken. Zwei Stunden nach der Operation begann sich mit Blut nicht gefärbter Harn zu entleeren. Der Patient ist bei vollem Bewußtsein und klagt über starken Durst. Während der nächstfolgenden 24 Stunden wurden subkutan noch weitere 400 ccm physiologischer Kochsalzlösung injiziert und außerdem noch einige Coffeïninjektionen gemacht.

6. März. Temperatur morgens 37,0°, abends 37,7°. Subjektives Befinden bedeutend besser. Puls befriedigend. Der Patient antwortet gut auf Fragen und klagt nur über Aufstoßen und starken Durst. Spontaner Stuhl. Verband trocken, nur die oberflächlichen Schichten sind mit reinem Harn durchtränkt.

7. März. Temperatur morgens 37,7°, abends 38,4°. Subjektives Befinden befriedigend Puls gut, sämtliche Exzitantien werden fortgelassen. Blutungen nicht vorhanden. Der durch den Fistelgang abgehende Harn scheint reichlich genug zu sein, da der ganze Verband mit Harn durchtränkt ist. Kein Blut. Aufstoßen hält immer noch an. Durst geringer. Der Patient hat 2 Glas Milch, etwas Hühnerbrühe und Kaffee zu sich genommen.

8. März. Temperatur morgens 37,3°. Der Kranke wird nach dem Operationszimmer zum Verbandwechsel gebracht; die Tampons sind mit blutigem Sekret durchtränkt. Aus der Wundhöhle riecht es faulig. Nach Entfernung der Tampons werden die blutstillenden Pinzetten eine nach der anderen vorsichtig und allmählich abgenommen, nur an 2 Stellen, und zwar vorn in der Tiefe und hinten oben zeigte sich eine geringe Blutung. Die Wundhöhle wurde wiederum mit Tampons aus steriler Gaze ausgefüllt. Verband. Es wurde der Versuch gemacht, einen Katheter à demeure einzuführen, jedoch verursachte dieser dem Patienten große Beschwerden, und infolgedessen wurde der Katheter entfernt.

Gegen 4 Uhr war der Verband mit Blut durchtränkt, der Kranke wurde wieder nach dem Operationszimmer gebracht, wo die Tampons vorsichtig entfernt wurden Es zeigte sich, daß dieselbe Stelle, die beim früheren Verbandwechsel blutete, nämlich hinten und oben, wieder blutete. Die Wunde wurde wieder tamponiert, worauf der Verband schon vollständig trocken blieb. Abends Temperatur 38,0.

9. März. Temperatur morgens 37°, abends 38°. Verband nur mit Harn durchtränkt. Der Kranke fühlt sich ziemlich wohl und erklärt, daß das einzige, was ihn belästige, das unaufhörliche Aufstoßen sei. Schmerzen nicht vorhanden.

10. März. Temperatur morgens 38,1°. Subjektives Befinden gut. Der Pat. bekommt Eier und Milch. Verbandwechsel. Mit den Tampons werden Stücke narkotischen Gewebes entfernt. Keine Blutung. Temperatur abends 36,8°. Der Kranke wird immer noch von unaufhörlichem Aufstoßen belästigt.

11. März. Temperatur morgens 36,6°, abends 36,9°. Der Verband ist mehr mit Harn durchtränkt als in den früheren Tagen. Aufstoßen unaufhörlich und durch kein Mittel zu bekämpfen. Der Kranke ist aber schwächer, apathisch, er antwortet nur langsam und mit schwacher Stimme; Zunge trocken; starker Durst. Diese Erscheinungen lassen ernste Befürchtungen um das Schicksal des Patienten hegen, da es klar ist, daß wir es mit Erscheinungen von Urämie zu tun haben. Die Wunde reinigt sich gut. Tamponwechsel. Dem Kranken werden wieder Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung gemacht.

12. März. Der Kranke ist sehr schwach, der Puls beschleunigt und schwach gefüllt. Bewußtsein teilweise getrübt. Unaufhörliches Aufstoßen. Der Verband ist mit Harn fast garnicht durchtränkt, und es ist somit klar, daß die Harnerscheinung stark abgenommen hat. Temperatur 36°. Im Laufe des Tages hat der Patient das Bewußtsein vollständig verloren. Der Puls wurde fadenförmig, und um 10 Uhr abends starb der Patient an Urämie, nachdem er also 8 Tage die Operation überlebt hatte.

Es konnte nur eine partielle Sektion stattfinden (nur die Bauchhöhle). Diese ergab, daß die zweite Niere gleichfalls cystisch degeneriert war, während die Leber und die übrigen Organe der Bauchhöhle normal waren. Die pathologisch-anatomische Untersuchung der bei der Operation entfernten Niere wurde von Dr. Chentinski ausgeführt. Die entfernte Niere war während der Operation in mehrere Teile geteilt worden. Die ganze Niere befand sich im Zustande

cystischer Degeneration. Die einzelnen Cysten, die erbsen- bis haselnußgroß waren, enthielten trübe Flüssigkeit. Viele Cysten waren mit einer zelloidähnlichen Substanz gefüllt, manche enthielten geronnenes Blut. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man außer den großen Cysten noch eine große Anzahl kleiner Cysten im Nierenepithel selbst. Sämtliche Cysten waren mit kubischem Epithel ausgekleidet. Zwischen den Cysten befanden sich kleine Strecken Nierengewebe, in denen Wucherungen des interstitiellen Bindegewebes zu sehen waren. In vielen Kanälchen und Kapseln der Corpora Malpighii befanden sich rote Blutkörperchen in ziemlich bedeutender Anzahl.

Die zweite bei der Sektion herausgenommene Niere wurde in toto erhalten, weil sie ein seltenes Präparat darbot: es sind auf derselben zahlreiche Cysten zu sehen, aus denen die ganze Masse der gewaltigen Niere bestand. Die Cysten sind erbsen- bis hühnereigroß und sogar noch größer. Die Mehrzahl der Cysten ist mit durchsichtigem Inhalt, der durch die Wandungen durchschimmert, einige Cysten, namentlich die kleinen, sind teilweise mit blutigem, teilweise mit eitrigem Inhalt gefüllt.

Rayer gebührt das Verdienst, daß er als erster die cystische Degeneration der Niere von anderen blasenförmigen oder ähnlichen Metamorphosen der Niere, beispielsweise von parasitären Cysten oder Hydronephrose, mit denen man sie früher verwechselte, abgesondert hat. Das Hauptmerkmal der cystischen Nierendegeneration ist die gleichzeitige Erkrankung beider Nieren.

Lejar hat bei 66 Fällen von cystischer Nierendegeneration nur einen einzigen Fall von einseitiger Erkrankung gefunden. Die Niere erreicht bisweilen eine gewaltige Degeneration, behält aber im allgemeinen ihre Form und ist mit zahlreichen kleinen sowohl wie auch sehr großen Cysten bedeckt. Der größere Teil der Cysten ist durchsichtig und mit durchsichtiger gelblicher Flüssigkeit gefüllt. Manche Cysten sind kompakter und mit dichterem, nicht selten blutigem Inhalt gefüllt. Der flüssige Inhalt dieser Cysten enthält gewöhnlich reichlich Eiweiß, Harnstoff und Phosphate. Die Wandungen dieser Cysten bestehen aus Bindegewebe, die von innen mit einer Schicht flacher polygonaler Epithelzellen ausgekleidet sind. In den Maschen des Bindegewebes trifft man stellenweise mehr oder minder gut erhaltene Glomorulie und Überreste der Harnkanälchen an.

In Bezug auf die Entstehungsweise der Cysten sind viele Theorien vorhanden, von denen hervorzuheben sind:

Digitized by Google

1. Die Virchow'sche Theorie, nach der die Cysten als Retentionscysten zu betrachten sind, aus denen sich Glomorulie infolge behinderten Harnabflusses entwickeln, jedoch führt diese Behinderung gewöhnlich zur Hydronephrose und nicht zu cystischer Nierendegeneration.

2. Die Theorie, nach der die Cysten als Neubildungen angesehen werden, die sich infolge von Wucherungen des Epithels der Harnkanälchen entwickelt haben.

3. Die Theorie, nach der die cystische Nierendegeneration als angeborene Entwicklungsanomalie betrachtet wird.

Wie aus dem vorstehenden ersichtlich ist, vermögen alle drei Theorien nur wenig das Wesen des Krankheitsprozesses klar zu legen. In der Mehrzahl der Fälle pflegt man den Prozeß als einen angeborenen zu betrachten; es ist nämlich eine bedeutende Anzahl von Fällen von cystischer Nierendegeneration bei neugeborenen Kindern beschrieben worden, die bald daran zu Grunde gegangen sind. Was Erwachsene betrifft, so ist es natürlich schwer, in jedem einzelnen Falle zu sagen, ob wir es mit einer erworbenen oder mit einer angeborenen Affektion zu tun haben.

Der von mir beschriebene Fall ist für die cystische Nierendegeneration sehr typisch. Der Patient bot fast bis zum letzten Tag keine Symptome von Nierenerkrankung dar, und nichts sprach dafür, daß der Patient unrettbar dem Tode verfallen ist.

Überhaupt sind in der Literatur im ganzen nur 5 Fälle von praemortaler Diagnose der cystischen Nierendegeneration vorhanden, von denen zwei Fälle von Israel sind.

(Fortsetzung folgt.)

Quartalsbericht über Nierenkrankheiten.

Von Dr. **L. Weil**, Spezialarzt für Stoffwechselkrankheiten in **Stuttgart**

(Fortsetzung.)

An der Spitze von Arbeiten über die Nierenfunktion stehen die zusammenfassenden Schriften des Schöpfers der klinischen Anwendung der Kryoskopie Korányi's: „Die wissenschaftlichen Grundlagen der Kryoskopie in ihrer klinischen Anwendung“ und eines in den letzten

Digitized by Google

Jahren um die Erkenntnis der Nierenkrankheiten vielverdienten Forschers: H. Strauß: Bedeutung der Kryoskopie für die Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten. Beide sind in der neuen „modernen ärztlichen Bibliothek", die sich damit aufs beste einführt, als Heft 1 resp. 4 – 5 erschienen. Korányi wendet sich, nachdem er die Theorie der Lösungen, die Messung des osmotischen Drucks durch die kryoscopischen Methoden, die physiologischen und pathologischen Grundlagen der klinischen Anwendung dieser Proben und die Rolle, welche Nahrung, Darmwand und Lunge im osmotischen Haushalt spielen, besprochen hat, zu den Aufgaben der Niere, die das wichtigste osmoregulatorische Organ bildet. Nach der Exstirpation beider Nieren steigt der osmotische Druck des Blutes ganz bedeutend, trotzdem sein Wassergehalt zunimmt. Sind beide Nieren krank und begleitet eine Wassersucht den Fall, so steigt die Sekretionsschwelle der Niere für gelöste Stoffe, das osmotische Gleichgewicht wird auf einen höheren Druck eingestellt und auf diesen reguliert. Ist aber mehr als die Hälfte beider Nieren durch Erkrankung ausgeschaltet, dann tritt neben die Erhöhung der Sekretionsschwelle noch die Insufficienz der Sekretion. Demgemäß ist die Gefrierpunkts-Erniedrigung des Urins von Nephritikern um so geringer, je schwerer die Nieren erkrankt sind. Selbstverständlich ist aber ein niedriger osmotischer Druck im Harn nicht für eine Nierenerkrankung beweisend. Er erlangt, da ja auch der gesunde Mensch nach dem Wassertrinken etc. einen verdünnten Harn produziert, erst dann eine pathologische Bedeutung, wenn er unter Verhältnissen beobachtet wird, unter welchen gesunde Nieren einen concentrierten Harn liefern. Ebensowenig vermögen aber kranke Nieren einen stark verdünnten Harn zu liefern. Die Veränderlichkeit ihres Harngefrierpunktes wird immer geringer, verliert sich schließlich und die Niere hat aufgehört, ein osmoregulatorisches Organ zu sein. Die weiteren Überlegungen, die Korányi anstellt, bewegen sich in dem Versuch, die Rolle der Niere als wasserregulierendes Organ festzustellen. Er kommt zu dem, vom Referenten nicht geteilten, interessanten Resultat, daß die Nieren die Wasserausscheidung nicht den Bedürfnissen des osmotischen sondern denen des Wassergleichgewichtes anpassen. Der erhöhte osmotische Druck des Blutes erzeugt bei Schrumpfnierenkranken Polydypsie. Wären die Nieren osmoregulatorische Organe im wahren Sinn des Wortes, dann wäre nichts leichter als die Herstellung des normalen osmotischen Druckes des Blutes. Die Nieren müßten nur das Wasser zurückhalten und es würde hydrämische Plethora und

Wassersucht entstehen. Das tun aber die Schrumpfnieren nicht, wohl aber kommt eine solche Genese der Wassersucht bei solchen Krankheiten der Niere in Frage, in welchen auch die Wasserausscheidung erschwert oder aufgehoben ist, z. B. bei der chronisch-parenchymatösen Nephritis.

Der Hydrops ist hier das Resultat einer Regulation des osmotischen Drucks; er schafft die Moleküle, die über den für den betreffenden Fall normalen Druck vorhanden sind, aus der Blutbahn an Orte, wo sie weniger stören, kurz der Hydrops ist eine Schutzmaßregel des Organismus. Damit kann man einstimmen; bei der Besprechung der Rolle der Niere als wasserregulierendes Organ scheint es aber dem Referenten daß Korányi einerseits die Wirkung des erhöhten arteriellen Blutdrucks (siehe z. B. Köppe deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 45), der ja wohl auch als Polyurie erzeugendes Mittel eine Schutzmaßregel des Organismus ist, andererseits die schützende Wirkung der mit Polydipsie verbundenen Polyurie übersehen hat.

Ist ein Gefäß, dessen Ausflußhahn durch eine nur für 1 %ige Salzlösungen durchgängige Membran verschlossen ist, z. B. mit einem Liter einer 3 %igen Salzlösung gefüllt, so kann man die im Gefäß stehende Flüssigkeit ohne wesentliche Zunahme ihres Volumens nur dadurch auf eine Konzentration von $1^1/_2$ % bringen, daß man ständig die 1 %ige Salzlösung ablaufen und im gleichen Mengenverhältnis reines Wasser zufließen läßt. Dann wird ein Punkt kommen, in welchem die Konzentration die gewünschte ist, d. h. erst dann, wenn 1500 ccm einer 1 %igen Salzlösung abgelaufen und 1500 ccm reinen Wassers zugelaufen sind. So ähnlich — cum grano salis! — stellt sich der Referent Polyurie und Polydipsie als Schutzmaßregeln des Organismus zur Herstellung des osmotischen Gleichgewichts, nicht als Resultat einer Regulation zu Gunsten des Wassergleichgewichts vor. Im letzteren Fall wären Polydipsie und Polyurie nicht gleich geordnete, sondern gegenseitig ohne Zweck und Ziel sich erzeugende Erscheinungen, im ersteren Fall zweckdienliche gleichgeordnete Begriffe. Das sind nicht nur theoretische Erwägungen, sondern praktisch sehr wichtige Fragen. Wer auf dem Standpunkt Korányi's steht, der wird mit dem Kliniker Noorden dem Schrumpfnierenkranken nur ein geringes Quantum Wasser erlauben, wer auf dem des Referenten steht, der wird viel Wasser reichen. Freilich muß der Zustand des Herzens berücksichtigt und immer bedacht werden, daß die erhöhte Wasserzufuhr nur solange einen Wert hat, als die Ausscheidung der harn-

Digitized by Google

reifen Substanzen durch sie im Gang gehalten werden kann, daß sie aber wertlos und schädlich wird, wenn, um im Bild zu bleiben, die verschließende Membran nur noch für Wasser, nicht mehr für Salze durchgängig wird. Dann, aber erst dann, scheint es, daß unser vernünftiger Wille dem Heilbestreben der Natur, das sich in Polydipsie, konsekutiver Erhöhung des Blutdrucks und Polyurie äußert, überlegen ist. In der Korányi'schen Schrift finden sich ferner sehr viel hübsche Einzelheiten, deren Erörterung hier zu weit führen würde. Es sei die Lektüre der gehaltvollen Arbeit bestens empfohlen.

Auf der gleichen Höhe steht die Arbeit von Strauß. Zunächst verbreitet er sich über die Bedeutung der Kryoskopie für die Diagnostik der Nierenkrankheiten sowohl der doppel- wie der einseitigen unter Berücksichtigung der Kryoskopie des Harns und des Blutes. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Die Kryoskopie des Harns besitzt sowohl für doppelseitige wie für einseitige Nierenerkrankungen nur dann einen Wert, wenn berücksichtigt wird;

a) Die Urinmenge multipliziert mit dem Werte Δ (Valenzwert).

b) Die der Untersuchung vorausgegangene Ernährung. In weitaus den meisten Fällen genügt der „Wasserversuch", den Strauß angibt zur Erkenntnis dessen, was man sehen kann. Der Referent wendet sie mit Vorliebe an und ist mit ihr sehr zufrieden. Der Patient, der am Abend vorher gegen 6 Uhr $^1/_2$ l ungesalzene Milchsuppe (oder wie es in der süddeutschen Praxis besser durchzuführen ist: einen kleinen Teller Reisbrei ohne Zimmt) aufgenommen hat und gegen 10 Uhr abends, ferner eine Stunde, sowie direkt vor Beginn des Versuchs uriniert hat (Schrumpf-Nierenkranken, die gewöhnt sind, Nachts Harn zu lassen, verwehre man dies nicht, nur verhindere man die Wasseraufnahme 5 Stunden vor Beginn des Versuchs. D. R.), bleibt bis zur Aufnahme der Probeflüssigkeit ($^1/_2$ l Wasser in ca. 10 Minuten zu trinken!) und 5 Stunden nach derselben nüchtern im Bett ohne zu essen oder zu trinken und läßt stündlich Urin, der gesondert aufzufangen und untersucht wird. Man berücksichtige die Urinmenge, die Gefrierpunktserniedrigung, Valenzzahl, das Verhältnis der Chloride zu den Achloriden $\left(\frac{\Delta}{Na\ Cl}\right)$. Man findet nun nach Strauß bei Gesunden und bei gut kompensierten Nephritiden folgende „Nierenreaktion", die bei unkompensierter Nierenerkrankung eine mehr oder weniger ausgesprochene Hemmung zeigt. Die Urinmenge beträgt ca 4—800 ccm.

Digitized by Google

Zur Zeit des Maximums der Reaktion, das in der 2., 3. oder auch 4. Stunde eintritt, sinkt die Gefrierpunktserniedrigung um die Hälfte und ist nicht geringer als —0,5°. Der Harn ist also stark verdünnt. Die Valenzzahlen betragen ca. 350—550, die Gesamtkochsalz-Ausscheidung 3—5 g und $\frac{\Delta}{Na\ Cl}$ liegt meist zwischen 0,9 und 1,8° Beim Nephritiker mit unkompensierter Krankheit fehlt insbesondere die starke Verdünnung des Harns. Nach des Referenten Erfahrungen genügt es sehr häufig, die Urinmenge, das spezifische Gewicht und den Farbstoffgehalt zu messen; man wird auch aus ihnen über die Art der Harnverdünnung genügend lernen können.

2. Die Kenntnis der erhaltenen Werte berechtigt zunächst nur zu einem Urteil über das temporäre Verhalten der nephrogenen Ausscheidungen.

Als zur Zeit kompensiert werden wir eine Nephritis betrachten können, wenn die Valenzzahl, die Gesamtmenge des Kochsalzes, das Verhältnis der Chloride zu den Achloriden, sowie das Auftreten der Nierenreaktion ein normales ist. Eine gleichzeitige molekuläre Verdünnung des Urins, die sich in abnorm geringer Gefrierpunktserniedrigung (Hyposthenurie) zeigt, wird durch eine gleichzeitige Polyurie kompensiert.

Als zur Zeit nicht kompensiert betrachten wir eine Nierenerkrankung, wenn Hyposthenurie bei normaler oder subnormaler Urinmenge sich findet, der Valenzwert also eine geringer ist. Die Nierenreaktion pflegt eine ausgesprochene Hemmung zu zeigen, das Verhältnis der Achloride zu den Chloriden sich zu gunsten der ersteren zu verschieben.

Ein Unterschied zwischen Schrumpfniere und parenchymatöser Nephritis läßt sich in dieser Beziehung nicht feststellen.

3. Die Kryoskopie des Blutserums besitzt sowohl für doppelseitige als für einseitige Nierenerkrankungen nur dann einen Wert, wenn

a) alle Möglichkeiten einer extrarenalen Beeinflussung des erhaltenen Wertes;

b) das klinische Gesamtbild des konkreten Falles berücksichtigt wird.

Erhöhungen von δ kommen hauptsächlich bei der Urämie vor. Sie ist eine Begleiterscheinung, aber nicht die Ursache dieses Zustandes. Daher kann eine Erhöhung von δ auch um so weniger diagnostisch für die Urämie verwendet werden, als nicht nur bei Nierenkranken, die ohne Zeichen von Urämie waren, sondern auch

Digitized by Google

zuweilen bei Nierengesunden ein abnorm hoher Wert für δ gefunden worden ist. Viel wichtiger — für die Praxis — als die Bestimmung von δ bei doppelseitigen Nierenkrankheiten, ist die bei einseitigen Erkrankungen. δ hat hier — darin kann der Referent Strauß völlig beistimmen — nur die Eigenschaft eines Indicators für die Frage, ob sich der Körper im osmotischen Gleichgewicht befindet. Ein niedriger Wert für δ beweist noch nicht unter allen Umständen einen guten oder ausreichenden funktionellen Zustand des Schwesterorgans, ebensowenig wie ein hoher Wert immer eine ungenügende Funktion verrät. Wenn auch diese Befunde in der Regel in dieser Weise zu deuten sein werden, so sind die Ausnahmen gerade für die Praxis recht wichtig. Die Bestimmung von δ allein genügt also nicht, um die Nierenfunktion festzustellen, sie muß mit Harnleiterkatheterismus und der entsprechenden Untersuchung des getrennt aufgefangenen Harns vergesellschaftet werden.

4. Die Benutzung der Kryoskopie macht kaum eine der bisherigen Untersuchungsmethoden überflüssig und vermag keineswegs in allen Fällen das durch dieselben gewonnene Urteil über Diagnose und Prognose zu erweitern.

Kürzer abgehandelt wird der Einfluß der Kryoskopie auf die Therapie der Nierenkrankheiten, wiewohl dieser Einfluß nach des Referenten Ansicht ein noch weittragenderer ist, als der auf Diagnose und Prognose. Die von Strauß ausgesprochenen Ansichten decken sich mit denen, welche der Referent in einem Vortrag: Diät bei Nierenerkrankungen (referiert in dieser Zeitschrift Heft 1) ausgesprochen hat. Bei der Besprechung der Therapie wird auf sie zurückgegriffen werden.

Die Versuche, die Funktion der Nieren zu prüfen, haben zu einer neuen Methode geführt, die gegen Ende des vorigen Jahres aus der Heidelberger Klinik von Völker und Joseph publiziert worden ist. Sie spritzten dem Kranken subcutan Indigocarmin ein und beobachteten die verschiedene Farbenintensität, das frühere oder spätere Eintreten der blauen Ausscheidung, die Kraft, mit der sich der Strahl entleert usw. Der jungen Methode wird von verschiedenen Seiten — wie es scheint, mit Recht — heftig zugesetzt. Während Kapsammer (Wiener klin. Rundschau 1904 pag. 356) dem Verfahren wenigstens eine Bedeutung für die Markierung der Ureterenmündung zuschreibt und ihm sogar für das Studium des Ausscheidungstypus das Prädikat „dauernder Fortschritt" zuerkannt, leugnen er und Karo (Monatsberichte für Urologie 9. Bd. 1. H. „Zur Frage der funktionellen

Nieren-Diagnostik"), letzterer in recht scharfen Worten, daß die Methode zur Funktionsprüfung der Nieren geeignet sei oder gar den Ureteren-Katheterismus entbehrlich machen könnte. Karo meint, daß der Ungeübte, der die Ureterenmündung ohne Farbstoff nicht finden kann, sie auch mit demselben schwerlich wird entdecken können. Denn das Blau differenziert sich nur so lange, als die Blasenflüssigkeit farblos ist; durch den Nierenharn wird sie aber bald blau. Der Farbennuancierung weist er gar keinen Wert zu. Dieselbe ist verschieden je nach der Entfernung, in der sich das Prisma von der Ureterenöffnung befindet. Ein klarer normaler Harn kann aus einer Stein-Tumor-Schrumpfniere usw. stammen. Auch die Ansicht Völker's und Joseph's, aus dem Ausscheidungstypus einer Niere, aus der Zahl und Stärke der Uretercontractionen Schlüsse auf Stauungen im Nierenbecken oder auf funktionelle Hypertrophie einer Seite ziehen zu dürfen, sei irrig, da ja bekanntlich gerade bei der Schrumpfniere — entsprechend ihrer großen Harnmenge — die Zahl und Größe der Contractionen wesentlich erhöht ist. Damit dürften der neuen Methode, wie sie z. B. in Stuttgart von verschiedenen Seiten geübt wurde, schwere Schläge versetzt sein, aber den Todesstoß kann man ihr doch nicht geben; denn, das lehrt den Referenten eine eigene Erfahrung, die Ureteren-Mündung kann man unter Umständen — nicht immer aus den oben mitgeteilten Gründen — leichter finden, als unter anderen Bedingungen und das ist manchmal ein sehr hoch anzuschlagender Gewinn.

Karo bespricht ferner im ersten Teil seiner der Kritik gewidmeten Arbeit eine Schrift Goebell's — die ebenfalls gegen Ende des vorigen Jahres in der Münchener medizinischen Wochenschrift erschienen ist. Ein offizielles Protokoll des der Arbeit zu Grunde liegenden Vortrags in dem Kieler physiologischen Verein findet sich in der gleichen Zeitschrift pag. 86, 1904 — und wendet sich zunächst gegen dessen Einwand — der Caspar-Richter'schen Methode gegenüber —, daß der Urin der gesunden oder mehrwertigen Niere in verschiedenen Zeitabschnitten zu der der minderwertigen Niere sich verschieden verhalte. Karo gibt dies als selbstverständlich zu. Aber er behauptet, daß unter gleichen äußeren Bedingungen der Gefrierpunkt der gesunden Seite immer höher sein muß, als der andere, wenn auch das Verhältnis schwankend ist. Freilich werden die Kurven sich umdrehen können, wenn den Nieren sehr viel Flüssigkeit zugeführt wird, weil der gesunden Seite die Verdünnungsfähigkeit in viel höherem Maße

erhalten geblieben ist, als der kranken und daher ist Goebel's Vorschlag die funktionelle Untersuchung stets nach einer Probemahlzeit vorzunehmen, sehr geeignet. Auch gegen die Molenberechnung, die Goebel empfiehlt, wendet sich Karo und zwar deshalb, weil die Harnmenge, die durch Ureterenkatheter gewonnen wird, eine sehr variable Größe darstellt und durchaus der Menge entspricht, die die Niere secerniert: Der Katheter kann verstopft oder geknickt sein, es kann ein Ureterenspasmus entstehen, es kann Urin neben dem Katheter vorbeilaufen. Er kommt also zum Schlusse, daß, da die gesunde Seite der kranken gegenüber immer — abgesehen vom Verdünnungsexperiment — eine höhere Gefrierpunktserniedrigung und größere Zuckerzahl produziert, daß deshalb die Beobachtung von Δ und S. genüge.

Zu der von Karo berührten Frage, ob beide Nieren zu gleichen Zeiten ein quantitativ gleiches Sekret liefern, hat auch Kapsamer einen Beitrag geliefert (referiert in den „Monatsberichten für Urologie", pag. 113). Die sehr ausgedehnten Versuche haben gezeigt, daß die beiden Nieren ein qualitativ und quantitativ verschiedenes Sekret liefern. In einer zweiten Arbeit (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 4: über Kryoskopie und reflektorische Polyurie) weist der gleiche Autor darauf hin, daß durch und während der Untersuchung mit den Ureterenkathetern eine ausgesprochene reflektorische Polyurie entstehen kann, wodurch Fehlerquellen eröffnet werden.

Schlagintweit bespricht in einem Vortrag: Der Ureterenkatheter in der Nierenchirurgie vor dem ärztlichen Verein München (offizielles Protokoll Münchener mediz. Wochenschrift pag. 369) zunächst die Methoden, ihre Fehlerquellen, Durchführbarkeit und geht dann zur funktionellen Diagnostik über.

1. Man untersucht die getrennt aufgefangenen Urine auf Eiweiß, Zucker, spezifisches Gewicht, Zylinder und Bakterien.

2. Man stellt quantitative Stoffwechselvergleiche der getrennten Urine an.

3. Man gibt Methylenblau oder Indigokarmin, eine Methode, der der Autor keine Bedeutung beilegt.

4. Man bestimmt δ. Ein höherer Wert für δ als $-0{,}56^0$ spricht für nicht genügende Kompensation.

5. Man bestimmt Δ der beiden Urine. Bei wiederholter eindeutiger Untersuchung und unter Berücksichtigung der Flüssigkeits- und auch Nahrungsaufnahmen läßt ein starker Unterschied mit fast absoluter Sicherheit die minderwertige Niere erkennen.

Digitized by Google

6. Man bestimmt die Differenz des Zuckergehalts der beiden Urine nach Einspritzung von 0,01 Phloridzin; die gesündere Niere scheidet mehr Zucker aus, als die kranke.

7. Man bestimmt mit ähnlichem Resultat die elektrische Leitungsfähigkeit.

8. Man stellt den Verdünnungsversuch von Illyes und Kövesi (am besten einfach nach Strauß d. R.) an und beobachtet die Verzögerung des Eintritts der Verdünnung, den Unterschied in der Qualität, die relative Beständigkeit des Gefrierpunktes auf der kranken Seite.

Die einzelnen Methoden haben einzeln genommen nicht einen mathematisch genauen, exakten Wert; in ihrer Gesamtheit aber ergeben sie kombiniert und namentlich, wenn man Zeit hat, öfters angewandt, eine früher nie geahnte Sicherheit für das Handeln des Chirurgen.

Zum Schluß weist Schlagintweit noch auf die therapeutische Bedeutung der Ureterenkatheterisation hin. Man kann z. B. bei gynäkologischen Operationen zum Schutz des Ureters den Katheter einlegen, ihn zu Spülungen des Nierenbeckens bei Pyelitis gebrauchen und schließlich bringt er Beispiele dafür, daß bei kalkulöser oder reflektorischer Anurie der Ureterenkatheterismus die Urinsekretion wieder in Gang bringen kann, ohne daß man genötigt ist, zum Messer zu greifen.

Klaus, Hansen und Gröndahl („Beitrag zur Bestimmung der Funktionsfähigkeit der Nieren". Referat aus der „Münchener mediz. Wochenschrift" 1904 Nr. 6, pag. 278) glauben, daß man aus der Bestimmung des Gefrierpunkts nicht weniger und nicht mehr Aufklärung über die Funktionsfähigkeit der Nieren erhalten könne, als durch die Prüfung des spezifischen Gewichtes, selbst dann nicht, wenn man außer $\triangle$ noch N und Na Cl bestimmt. Dagegen glauben die Verfasser in der Variabilität des Harns einen Ausdruck für die Funktionsfähigkeit der Nieren gefunden zu haben. Sie geben zuerst Trockenkost, d. h. gemischte Nahrung von Fleisch und Brot mit 4—600 gr Milch, alsdann 3 Tage lang gar nichts als 3 l Milch. Der Patient wird im Bett gehalten. Während der Trockenperiode liefert der Gesunde und der Kranke mit kompensierter Nierentätigkeit einen Harn mit tiefem Gefrierpunkt und hohem spezifischen Gewicht, während der Milchkur einen mit umgekehrten Eigenschaften. Bei Nierenkranken fehlt die Variabilität.

Viktor Scheel (ebendort) hält diese Variabilitäts-Probe für un-

Digitized by Google

praktisch. Die harnverdünnende Eigenschaft der Nieren kann durch andere Proben schneller geprüft werden und der Referent stimmt Scheel völlig darin bei. Wenn schon bei dreitägiger reiner Milchkost die Variabilität des Urins soweit gefunden ist, daß sie klinisch erkennbar wird, dann ist die Krankheit wohl stets schon soweit vorgeschritten, daß die ungenügende Kompensation auch aus anderen klinischen Merkmalen überzeugend hervorgehen dürfte. Die Kövesi-Illyes'sche Reaktion oder deren Modifikation nach Strauß gibt zweifellos bessere und frühzeitiger zu erhebende Resultate.

Eine andere Form, die Nierenfunktion zu prüfen wendet Mauté an (Pronostic et régime diétetique des néphrites chroniques. La chlorurie alimentaire expérimentale. ref. progrès médical 1904 pag. 105). Er setzt das Versuchsobjekt auf Milchkost und fügt derselben dann 4 Tage lang 10 gr. Kochsalz (auf 3—4 mal genossen) zu und kryoskopiert den Urin vor, während und nach dem Versuch. Beim Gesunden muß die Kochsalzelimination mit dem Verschwinden des Versuches endigen. Bei solchen Nephritikern, die sich normal verhalten, ist die Prognose sehr gut und eine besondere Diätetik nicht nötig. Sie müssen hygienisch leben und sollen nicht zu dick werden. Die klinischen Erscheinungen werden in der Regel nur chronische Albuminurie sein. Das gleiche wird bei den Kranken der zweiten Gruppe der Fall sein, bei welchen zwar die Chlorausscheidung eine normale ist, aber eine Vermehrung der Diurese eintritt. Die Diät muß bei ihnen geregelt werden. Entweder verordnet man ihnen ein absolutes Milchregime oder, da man dies nur selten durchführen kann, man gibt ihnen gewöhnliche gemischte Kost unter Beifügung eines halben Liters Wasser zu jeder Mahlzeit. Zweimal pro Monat soll 3—4 Tage lang absolute Milchdiät gereicht werden. Bei den Kranken der dritten Gruppe verzögert sich die Elimination des Kochsalzes; ihr maximum erreicht sie erst nach Beendigung des Versuches und überdauert denselben. Das sind schwere Fälle, welchen ausschließlich absolute Milchdiät gereicht werden muß. Bei den allerschwersten Patienten findet man keinen Einfluß der Kochsalzgabe auf die Kochsalzausscheidung. Das Chlornatrium bleibt im Körper zurück und man sieht davon nichts im Urin. Diese Fälle geben schlechte Prognose, an der auch eine absolute Milchdiät nichts zu ändern vermag. Bleibt ein Kranker längere Zeit in der 1. oder 2. Gruppe, so ist die Prognose für ihn immer eine gute. Mauté weißt schließlich darauf hin, daß die anderen diagnostischen Hilfsmittel nicht vernachlässigt werden dürfen.

In ähnlicher Weise benützt Martinet („Die diätetische Bedeutung des Kochsalzes". La Presse méd. No. 7) die experimentelle Kochsalzzufuhr, um die Ausscheidungsfähigkeit der Nieren festzustellen. Er glaubt, daß in jenen Fällen von Morbus Brightii, in denen die Kochsalzausscheidung parallel mit der Kochsalzzufuhr steigt, die Prognose günstig ist, dagegen ungünstig im Falle der Retention. Es besteht eine direkte Beziehung zwischen der Kochsalzzufuhr und der Intensität der Albuminurie.

Widal et Javal (progrès médical pag. 25) haben die Stickstoffausscheidung der Nephritiker mit der Chlorausscheidung verglichen. Chlor-Retention bedingt keine N-Retention. Man kann im Endstadium einer Nephritis Kranke sehen, deren Nieren für U und Phosphorsäure völlig durchgängig sind, während sie Chlor fast gar nicht passieren lassen. Ja, in der Kachexie kann die N-Ausscheidung die Stickstoff-Aufnahme überschreiten. Während die Chlor-Elimination bei jedem Kranken nach Perioden wechselnd ist, schwankt der Stickstoff-Gehalt des Harns viel weniger. Die N-Bilanz zeigt nur den Fortschritt der Kachexie, die Chlorbilanz den der Krankheit an.

Ehe wir das Kapitel über funktionelle Nierendiagnostik verlassen, mag — neben einer kleinen, in Heft 1 dieser Zeitschrift veröffentlichten Arbeit des Referenten — noch ein, auch theoretisch interessanter Erfolg derselben, den Löwenhard („Zur funktionellen Diagnostik der Wanderniere und Hydronephrose. Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau. Offiz. Referat: „Deutsche med. Wochenschr." pag. 260) mit ihr erzielt hat, erwähnt werden. Er erzielte bei einer Hydronephrose durch Ureterenkatheterismus eine kleine Menge klarer Flüssigkeit, deren Gefrierpunkt und elektrische Leitfähigkeit genau gleich der des Blutes waren. Er schloß daraus, daß die Niere gar nicht mehr funktionierte, sondern, daß ein osmotischer Ausgleich zwischen dem Sack und dem Blute stattgefunden hatte. Die Niere wurde exstirpiert und Löwenhard's Annahme bestätigt. Es fand sich kein funktionsfähiges Nierengewebe mehr.

An diese Beobachtungen schließen sich Ausführungen von Quinke (l. c.). Er sah bei einer Hydronephrose und gleichzeitiger cystöser Entartung der anderen Niere einen reichlichen, hellen, eiweißhaltigen, klaren und alkalischen Urin, der mikroskopisch eigentümliche Körnchenkugeln, deren Entstehung Quinke in die durch den Druck veränderten geraden Harnkanälchen legt und die er als pathognomisch für die Hydronephrose ansieht, ferner Erythrocyten und Fibrinflocken.

Digitized by Google

Der Autor erklärt sich die Aetiologie desselben folgendermaßen: In der allein tätigen Niere war die Marksubstanz durch Druck atrophisch geworden. Das Sekret der Nierenrinde, das nach der Ludwig'schen Theorie reichlich, klar, eiweißhaltig und alkalisch geliefert wird, wurde also der umwandelnden Kraft der Marksubstanz entzogen und kam als reines glomerulus-Sekret zu Tage. Auch bei Schrumpfniere kommt manchmal in schweren Fällen ein reichlicher, dünner, alkalischer und fibrinhaltiger Harn vor, der dann als ein direktes (man sollte besser sagen: direkteres D. R.) Bluttranssudat anzusehen ist. Unklar war im vorliegenden Fall die Art, wie sich der Körper der fortdauernden Alkaliausscheidung gegenüber der Alkaliverarmung erwehrte.

In der gleichen Arbeit bespricht der Kieler Kliniker noch die cystöse Erkrankung der Nieren, die sich oft mit einer cystösen Degeneration der Leber vergesellschaftet und die Quinke als eine angeborene Mißbildung auffaßt. Einen Beweis für diese Anschauung sieht er z. B. in der Tatsache, daß sich die Erkrankung manchmal bei mehreren Gliedern derselben Familie findet, wofür er selbst einen Beleg (Bruder und Schwester) bringt. Bei dieser Gelegenheit sei erwähnt, daß die cystöse Nierendegeneration augenblicklich ein Lieblingsgebiet der pathologischen Anatomen ist, wie eine ganze Reihe der in diesem Vierteljahr erschienenen Arbeiten beweist.

„Über die hämolytische Eigenschaft des Blutserums bei Urämie" schreibt Senator („Berliner klin. Wochenschrift" 22. II. 04, pag. 183). Neisser und Döring hatten gefunden, daß die hämolytische Kraft des Blutserums von Urämikern dadurch aufgehoben werden kann, daß man zu 0,1 ccm dieses aktiven Serums 1 ccm von einem, durch ½stündiges Erhitzen auf 56° inaktiv gewordenen Serum des gleichen Urämikers setzt. Dieses Verhalten, das diagnostisch verwertbar sein soll, schien sich Senator anfangs zu bestätigen; in einem sicheren Fall von Urämie aber konnte man diese Störung der Haemolyse nicht erkennen. Inzwischen hat Micheli (Gazz. d. ospedali 1904 No. 7) mitgeteilt, daß die Störung der Haemolyse durch Zusatz eines gleichartigen, aber inaktivierten Serum eines Urämikers selten und unabhängig von krankhaften Veränderungen, aber allerdings bei Urämie häufiger ist, als bei anderen Krankheiten.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Zur Therapie des Ulcus molle.

Von Dr. K. Jooß München.

Bevor man über die Therapie des Ulcus molle spricht, müßte man eigentlich eine Definition desselben geben. Leider ist das unmöglich, weil eine Reihe von Krankheitsprozessen unter den Begriff Ulcus molle subsumiert werden. Ulcus molle ist also eigentlich ein Sammelbegriff, der alle Formen der Geschwürsbildung, von der oberflächlichen Excoriation, bis zum tiefgreifenden sog. phagedänischen Schanker in sich faßt. Es ist auch nicht möglich, eine Schilderung des gemeinsamen Krankheitsbildes zu geben; denn der Verlauf der verschiedenen Ulcera ist ein total verschiedener. Als Grund dafür die verschiedene Widerstandsfähigkeit des betroffenen Organismus anzunehmen, geht nicht recht an. Noch viel wichtiger ist sicher die Verschiedenheit des inficierenden Virus. Liest man die Litteratur über das Ulcus molle nach, so wird bald dieser, bald jener Coccus und bald ein Bakterium als Urheber bezeichnet, sodaß man auch in Bezug auf die Aetiologie nicht von einer Einheitlichkeit sprechen kann. Diese Geschwüre haben meist nur das gemeinsam, daß sie beim Geschlechtsverkehr acquiriert sind. Doch auch das paßt nicht auf alle Fälle. So interessant nun für den Bakteriologen die Untersuchung des inficierenden Virus sein mag, so gleichgültig kann es dem Praktiker sein. Ihn sollten weit mehr die pathologisch-anatomischen Vorgänge interessieren, da er aus ihnen besser, als aus Bakterienkulturen einen Anhaltspunkt für sein therapeutisches Handeln finden kann. Bei einer inficierten Riß- oder Quetschwunde untersuchen wir nicht lange, welche Coccen oder welche Bakterien an der Infektion schuld sind, sondern wir schreiten sofort zu der gegen alle Bakterien wirksamen Behandlung. Mit einer inficierten Riß- oder Quetschwunde läßt sich aber in jeder Beziehung das Ulcus molle vergleichen. Was das Ulcus molle von der inficierten Rißwunde unterscheidet, ist höchstens der Umstand, daß das infektiöse Agens ein besonderes virulentes ist, weil es oft durch die unversehrte Haut einzudringen scheint. Es sind das die Fälle, wo man deutlich sieht, wie die Eiteransammlung zuerst einen kleinen Drüsenschlauch, oder einen Follikel ausfüllt und von da erst auf die Umgebung eindringt. In diesem Falle würde besser der Vergleich mit einem Furunkel, oder bei breiterer flächenhafter Infektion, (wobei anzunehmen ist, daß das Virus an mehreren Stellen gleichzeitig durch die Epidermis in das Chorium hineingerieben wurde) mit einem Karbunkel passen.

Digitized by Google

Ob wir nun — je nach dem Verlauf des Ulcus molle — es mit einer inficierten Rißwunde oder mit einem Furunkel oder mit einem Karbunkel vergleichen, immer, sollte man meinen, bliebe die Behandlung dieselbe. Haben wir doch jedesmal denselben histologischen Vorgang: Bakterien- oder Cocceninvasion, bald darauf entzündliche Reaktion rings um den Herd, Leucocythenauswanderung und kleinzellige Infiltration, darauf Erweichung in der am schlechtesten ernährten Mitte des Infektionsherdes, Durchbruch des Eiters und Abfluß von Lymphe, Leucocythen und Bakterien. Daß dieser Abfluß überhaupt stattfindet, daran ist der in unseren Geweben herrschende Druck schuld, der um ein geringes höher ist, als der äußere Luftdruck.

Das sind alles bekannte Tatsachen. Rätselhaft sind nur die therapeutischen Maßnahmen, die man ergriffen hat und teilweise immer noch ergreift.

Das Schicksal der inficierten Stelle ist weiterhin folgendes: Bleibt die ulcerierte Stelle, das Ulcus, denn jetzt erst können wir von einem Ulcus sprechen, mit der austrocknenden Luft in Kontakt, so tritt sehr bald an der Oberfläche Gerinnung der heraussickernden Lymphe ein und wir bekommen einen trockenen Schorf. Eine Zeitlang fließt die Lymphe noch in der Richtung gegen das Ulcus, dann tritt an dieser Stelle infolge Ansammlung der Sekrete Überdruck ein, Lymphe, Leucocythen und Bakterien werden zurückgestaut, gelangen in die nächste Umgebung und von da in den centripetalen Lymphstrom. Effekt: Vergrößerung der inficierten Stelle und späterhin das Ulcus und Infektion der zunächst liegenden Lymphdrüsen. (Bubo.) So würde die Infektion immer weiter umsichgreifen und zuletzt den Exitus herbeiführen, wenn nicht der Chemismus unseres Blutes unter Fiebererscheinung sich ändern und so zuletzt Herr würde über das Virus.

Was bewirkt nun die Therapie? Entsprechend unseren grob chemischen Vorstellungen haben wir, als wir uns klar waren, daß wir es hier mit einem infektiösen Prozeß zu tun haben, versucht, das Virus von außen zu töten. Dieser Versuch mußte der Natur der Sache nach fruchtlos sein. Bakterien und Coccen im lebenden menschlichen Gewebe in ihrer Entwicklungsfähigkeit durch Desinficientien, also eiweißfällende Metallsalzlösungen oder Säuren, oder ähnliche nur durch ihre starke Affinität zum Eiweiß chemisch zerstörend wirkende Mittel zu hemmen, ohne dabei unsere doch weit empfindlicheren Körperzellen zu schädigen, ist der Natur der Sache nach ganz unmöglich. Solche grob chemisch wirkende Mittel sind: Arg. nitric., Kal. caust., Acid. carb.,

Digitized by Google

Cupr. sulf. ect. ect. Ich weiß sehr wohl, daß es Fälle gibt, in denen die Krankheitserscheinungen trotz dieser Behandlung — oder besser gesagt „Mißhandlung" — heilen. Es sind das die Fälle, in denen die nicht sehr tief greifende Excoriation ohne jegliche Behandlung wahrscheinlich noch viel schneller heilen würde.

Eine andere Behandlungsart — und zwar die, soweit ich aus der Litteratur ersehe, zur Zeit allgemein übliche — ist, das Ulcus mit bakterienfeindlichen Pulvern zu bestreuen. Man nimmt Jodoform oder Vioform oder Natrium sozojodolicum oder Airol oder ein anderes Jodoformersatzmittel und erzielt damit ohne Zweifel starke antiseptische Wirkungen. Geschwüre, die nicht stark eitern, in denen der Gewebszerfall also kein rasch umsichgreifender ist oder, richtiger gesagt, bei denen das inficierende Agens nicht besonders schnell in das umgebende Gewebe wandert und es zerstört, werden durch diese Jodpräparate oft schnell und relativ bequem geheilt. Doch haben diese Pulver (und viel mehr noch die rein adstringierenden Wismut- und Bleisalze) den unerwünschten Effekt, daß die kleinen Ausflußöffnungen, aus denen der reinigende Lymphstrom sickert, verstopft werden, was zwar die Eiterung — oder besser gesagt die Sekretion — rasch zum Schwinden bringt, dafür aber die Infektion der Lymphdrüsen ohne Zweifel begünstigt.

Warum wird die einzige richtige Behandlung, die sonst allgemein bei inficierten Wunden in Gebrauch ist, bei den Wunden am Penis nicht angewandt? Die einzig richtige Behandlung ist und bleibt der feuchtwarme Verband. Die Wärme begünstigt die Blutzirkulation, die Feuchtigkeit läßt die heraussickernde Lymphe nicht zur Gerinnung kommen, und hält so die Gewebelumina im Ulcus offen. Der reinigende Lymphstrom aus dem Innern des inficierten Gewebes kann infolgedessen leicht von Innen nach Außen in den Verband fließen.

Noch intensiver würde natürlich ein continuierliches warmes Wasserbad wirken. Wir wissen, daß bei schwer eiternden Brandwunden die Infektion der Lymphdrüsen und damit des ganzen Körpers sicher und angenehm durch das continuierliche Wasserbett (nach dem Vorschlag Hebra's) verhindert wird. Die Patienten liegen dabei Tage und Wochen lang bis an den Hals im warmen zirkulierenden und sich dadurch erneuernden Wasser, wobei die Schmerzen und das Fieber sofort aufhören, und die infizierten Wunden überraschend schnell heilen. In Wien ist das Wasserbett ständig im Gebrauch und es ist zu bedauern, daß es nicht auch in Deutschland zum Segen der Kranken mehr angewandt wird.

Digitized by Google

Es fällt mir natürlich nicht ein, allen Ernstes für die Behandlung des Ulcus molle das Wasserbett vorzuschlagen. Das hieße, mit Kanonen auf Spatzen schießen. Ein lokales Wasserbett gleichsam wird bei dieser Erkrankung übrigens von den Naturheilkünstlern längst verordnet: Der Patient soll sein krankes Glied baden und zwar öfters am Tage in einem mit warmem Wasser oder Kamillenthee gefüllten Glas. Auch die alten Ärzte haben früher teilweise ähnliche Ratschläge gegeben. Immerhin ist diese Behandlung zu umständlich und da sie sich nur auf relativ kurze Zeit des Tages erstreckt, nicht genügend. Eleganter und wirksamer (weil sich die Behandlung nicht auf etwa 2 Stunden, sondern auf 24 Stunden am Tage erstreckt) ist der feuchte Verband. Es bleibt Jedermann unbenommen, das Geschwür mit Jodoform oder Natrium sozojodolicum oder mit irgend einem anderen Pulver zu bestreuen. Hauptsache ist immer der darüber kommende feuchte Verband.

Ich bin nun fest überzeugt, daß ich nicht der Erste bin, der diesen Gedanken hat. Er ist so naheliegend, daß ihn wohl jeder mit der kleinen Chirurgie einigermaßen Vertraute haben dürfte. Warum aber wird er nicht mehr ausgeführt? Ich glaube, daß dies daher kommt, weil der feuchte Verband am Penis schwer anzulegen ist. Die Geschwüre sitzen meistens in der Nähe der Harnröhrenmündung und jeder darüber kommende Verband droht, wenn er verrutscht, ein Hindernis für die Harnentleerung abzugeben.

In den Fällen nun, wo der Patient ein langes Praeputium hat, genügt ja einfach ein Bausch Watte, den man mit Wasser oder Borsäure oder mit verdünntem Liquor alumin. acet. oder mit einer ähnlichen Flüssigkeit tränkt und zwischen Eichel und Vorhaut legt. Diese Behandlung wird ja auch sicher längst, wie ich glaube, allgemein angewandt. Sie wirkt unter Anderem ja auch vorzüglich bei Balanitis. So günstig bei Balanitis der Liquor alumin. acet. oder der Liquor plumbi subacet. wegen ihrer adstringierenden Eigenschaft wirken, so wenig kann man diese Mittel bei der Behandlung des stark eiternden Ulcus molle empfehlen. Die Affinität dieser Metallsalzlösungen zum Albumen bewirkt eine rasche Bildung von Metallalbuminaten, welche sich auf die eiternde Fläche, wie ein Schorf hinauflegen. Dadurch wird die Sekretion zur Unzeit eingedämmt und die gefürchtete Lymphdrüseninfektion begünstigt. Also in Fällen von starker Eiterung empfiehlt es sich, bloß Watte mit Borsäure oder einfachem destillierten Wasser zu verwenden, event. direkt auf die Wunde feuchte Jodoformgaze aufzulegen. Hat der Patient jedoch nur eine kurze oder gar

Digitized by Google

keine Vorhaut, oder ist der Sitz des Ulcus sonstwo an einer Stelle des Penis, die sich durch die Vorhaut nicht decken läßt, so muß man seine Zuflucht zu impermeablen Stoffen nehmen. Einen solchen Verband anzulegen, ohne die Harnröhrenmündung zu verlegen, ist meistens unmöglich und das ist nach meiner Überzeugung der Grund, warum sich bei den eiternden Geschwüren am Penis der feuchte Verband noch nicht allgemein einbürgern konnte.

Ich kam nun eines Tages auf die Idee, veranlaßt durch die Anwendung eines Kautschuckfingerlings am Daumen, auch am Penis einen solchen Fingerling zu verwenden und griff naturgemäß zum Condom. Dieser Verband hat sich mir seitdem in 32 schweren Fällen vorzüglich bewährt, und ich habe, wenn der Patient nicht schon mit einem Bubo zu mir kam, unter diesem Verband niemals einen Bubo entstehen sehen. Damit die Harnröhre nicht verlegt wird, ist es notwendig, in die Spitze des Condoms einen kleinen ovalen Ausschnitt zu machen und beim Anlegen darauf zu achten, daß derselbe direkt um die Harnröhrenmündung zu liegen kommt, so daß der Patient jederzeit unbehindert urinieren kann. Um ein Verrutschen zu verhindern, tut man gut, das Condom an der Wurzel des Gliedes durch ein paar Bindentouren zu fixieren.

Man kann diese Art von Verband auch bei nachträglich eiternden Circumcisionswunden, bei harten knotigen Formen von Balanitis und nach der Exstirpation von spitzen Condylomen verwenden, und zwar immer mit dem gleich günstigen, und was Vermeidung von Lymphadenitis anlangt, absolut sicherem Erfolg.

Notwendig ist, daß man sich verschiedene Größen von Gummicondoms hält, um je nach der Stärke des Gliedes, oder der Dicke der aufgelegten Verbandmittel, immer ein gut sitzendes wählen zu können. Es soll vor allen Dingen nicht zu groß gewählt werden, weil es sonst trotz Fixation durch Bindentouren nach vorne verrutschen und die Harnröhre so verlegen könnte. Ein zu enges Condom ist weniger zu fürchten, weil der elastische Druck die Heilung eher günstig beeinflußt.

Die Krankengeschichten zum Beweise der mit diesem Verband erzielten Heilerfolge anzuführen, unterlasse ich. Dieselben wirken nur ermüdend, ohne zu überzeugen. Ich will nur folgendes kurz anführen: Ich bediene mich seit einigen Jahren in meiner Privatpraxis dieses Verbandes und habe seitdem 103 Fälle von Ulcus molle gehabt. Selbstverständlich waren dieselben nicht alle für den Condomverband geeignet; eine ganze Reihe konnte ohne diesen relativ komplizierten Verband behandelt

werden. Namentlich die leichten oberflächlichen Excoriationen, bei denen jegliche Behandlungsart, wenn sie nur einigermaßen den antiseptischen Regeln entspricht, zum Ziele führt. Ferner konnte in den Fällen der Condomverband unterlassen werden, in welchen ein entsprechend langes Präputium vorhanden war. In diesen Fällen legte ich zwischen der Eichel und Vorhaut einen mit Borsäurelösung getränkten Wattebausch ein, und wies den Patienten an, denselben mindestens viermal am Tage zu erneuern. Nach all' diesen Ausscheidungen verbleiben immerhin noch 32 Fälle, die ich mit dem feuchten Condomverband, wie oben beschrieben, behandelt habe. Daß es sich dabei um keine leichten Infektionen handelte, ist unter anderem daraus ersichtlich, daß in 19 Fällen das Ligamentum unterminiert wurde und mit dem Galvanokauter durchtrennt werden mußte.

Bei all' diesen Fällen kam es niemals zu einer Infektion der Leistendrüsen, ein Resultat, was sonst mit keiner Behandlungsart zu erzielen ist. Nur in 2 Fällen war, als die Patienten zu mir kamen, die Schwellung der Leistendrüsen soweit vorgeschritten, daß sie sofort, oder am nächsten Tage incidiert werden mußten. In allen übrigen Fällen ging infolge des feuchten Verbandes die manchmal schon recht weit vorgeschrittene Leistendrüsenschwellung in einigen Tagen ohne jede weitere Behandlung wieder zurück.

Bei stark infizierten Geschwüren hat diese Behandlungsart den weiteren Vorteil, daß die Wunde von ihrer Umgebung abgeschlossen ist, sodaß ein Übergreifen des Prozesses auf entferntere Hautstellen dabei nicht vorkommen kann.

Ist die Eiterung stark, so muß man jeden Tag den Verband erneuern, wobei es nicht immer nötig ist, auch ein neues Condom zu verwenden. Wenn man eine möglichst derbe Sorte wählt, so kann man das einzelne Condom zwei- oder dreimal und manchmal noch öfter verwenden.

Ist die Eiterung nicht sehr stark, so genügt es, den Verband jeden zweiten Tag zu erneuern.

Hat sich das Geschwür gereinigt, sodaß man die roten, reinen, leicht blutenden Granulationen vor sich hat, so genügt es, einen einfachen, trockenen, antiseptischen oder aseptischen Verband anzulegen. Es ist praktisch, die Teile dieses Verbandes, welche der Harnröhrenmündung am nächsten sind, mit irgend einer Salbe außen zu bestreichen. Der Verband saugt die Fettmasse auf, und etwa darüber-

fließender Urin kann den Verbandstoff nicht benetzen. Braucht man diese Vorsicht nicht, so saugt sich der Verband (namentlich bei ungeschickten Patienten) bald voll Urin, was zwar dem granulierenden Ulcus nicht besonders schadet, den Patienten aber durch den bald entstehenden penetranten Geruch erheblich belästigt.

Ich rekapituliere kurz: Für leichtere und mittlere Fälle (wenn sie unter der Vorhaut sitzen) Wattebäuschchen getränkt mit Borlösung; an anderen Stellen, die also mit der Vorhaut nicht bedeckt werden können, irgend ein antiseptisch wirkendes Streupulver, so lange die Lymphdrüsen nicht affiziert sind.

Bei schweren Fällen, oder bei mittleren, in welchen die Lymphdrüsen in Mitleidenschaft gezogen werden, feuchter Verband, nachdem man event. die Wunde mit Jodoform oder mit einem Ersatzmittel bestreut hat, und zum Abschluß desselben das undurchlässige Gummicondom.

Übergänge zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht.

Von Dr. **Magnus Hirschfeld-Charlottenburg.**

Vortrag auf der 76. Naturforscherversammlung in Breslau (mit Demonstrationen.)

Die embryologische und vergleichend anatomische Forschung der letzten Jahrzehnte hat uns gezeigt, daß sich phyllogenetisch und ontogenetisch die beiden Geschlechter aus einem entwickeln und des weiteren, daß die einzelnen Geschlechtskaraktere, sowohl die präpubischen als die postpubischen, aus einheitlicher Grundlage hervorgehend, nicht prinzipiell, sondern nur graduell verschieden sind.

Wir können bei jedem Geschlechtszeichen drei Entwicklungsstadien unterscheiden:

1. Das ungeschlechtliche oder latente Stadium, in welchem eine geschlechtliche Anlage morphologisch noch nicht sichtbar ist:

2. Das eingeschlechtliche oder indifferente Stadium, in welchem sich eine einheitliche Uranlage entwickelt:

3. Das zweigeschlechtliche oder differenzierte Stadium,

Digitized by Google

in welchem sich durch Wachstumsdifferenzen der vorher indifferenten Partieen ein weiblicher oder männlicher Geschlechtskarakter manifestiert.

Das mittlere indifferente Stadium ist bei den verschiedenen Geschlechtskarakteren von sehr verschieden langer Dauer; während es bei den primären, den sich dem Keimepithel anlegenden Urnieren, Urnierengängen und Müllerschen Gängen einerseits, dem Geschlechtshöcker, den Geschlechtsfalten und Geschlechtswülsten anderseits nur wenige Fötalwochen andauert, hält bei den sekundären Geschlechtsunterschieden der eingeschlechtliche Karakter viele Jahre an.

Bei der Differenzierung verschwinden die zur Verkümmerung und damit meist auch zur Funktionslosigkeit bestimmten Partien nie völlig, es sind vielmehr noch stets Rudimente nachzuweisen, ich erinnere an die ungestielte Hydatide, die vasa aberrantia, die Paradidymis, den uterus masculinus beim Manne, an das paroophoron, die Gärtnerschen Kanäle beim Weibe. Alles was das Weib besitzt, hat, wenn auch in noch so kleinen Resten der Mann und von allen männlichen Eigenschaften sind beim Weibe zum mindesten Spuren vorhanden, wie dies schon Weißmann auf Grund seiner Vererbungsstudien in den Worten zum Ausdruck brachte (Das Keimplasma, eine Theorie der Vererbung. Jena, 1892 S. 467): „die latente Anwesenheit der entgegengesetzten Geschlechtskaraktere in jedem geschlechtlich differenzierten Bion muß als allgemeine Einrichtung aufgefaßt werden."

Aus der morphologischen Vergleichung vieler Individuen geht nun aber deutlich hervor, daß nicht nur jeder Geschlechtskarakter innerhalb desselben Sexus graduell großen individuellen Schwankungen unterliegt, sondern daß sich sehr häufig ein ausgesprochen weiblicher Durchschnittskarakter bei Trägern männlicher Keimstöcke, eine ausgebildete männliche Durchschnittsform bei Personen mit weiblichen Keimstöcken vorfindet.

Was Darwin („Das Variieren der Pflanzen und Tiere im Zustande der Domestication." 2. Auflage. Stuttgart 1893. Bd. 2., S. 59) von den secundären Geschlechtszeichen sagt: „Wir sehen, daß in vielen, wahrscheinlich in allen Fällen die secundären Karaktere jedes Geschlechts schlafend oder latent in dem entgegengesetzten Geschlecht ruhen, bereit, sich unter eigentümlichen Zuständen zu entwickeln," gilt auch für die primären und tertiären Geschlechtsunterschiede.

Dabei läßt sich feststellen, daß die graduelle Entfernung vom sexuellen Durchschnittstypus, das Hinübergreifen eines Geschlechtskarakters auf das andere Geschlecht, um so häufiger vorkommt, je später sich der betreffende Geschlechtskarakter differenziert.

Dementsprechend sind Gradabweichungen bei den Emissions- und Receptionsorganen, welche sich den, bis zur 5. Fötalwoche ebenfalls noch einheitlichen Geschlechtsdrüsen anlegen, am seltensten; viel häufiger sind sie schon am äußeren Genitalapparat.

Sie entstehen hier, indem entweder bei weiblichen Teilen ein Wachstumsplus oder bei männlichen ein Wachstumsminus eintritt und zwar ist es bei der Geburt außerordentlich schwierig zu entscheiden, ob die vorhandene Mittelform durch ein mehr oder weniger entstanden, also als hypertrophische oder atrophische Bildung anzusehen ist. Es kommt infolgedessen in solchen Fällen leicht zu Irrtümern in der Geschlechtsbestimmung; Professor von Neugebauer in Warschau hat eine große Reihe derartiger Fälle von „erreur de sexe" gesammelt und gesichtet.

Ich selbst habe in den letzten Monaten zwei sehr merkwürdige Fälle unrichtiger Geschlechtsbestimmung gesehen, von denen ich mir erlaube, einen vorzustellen.

Derselbe betrifft eine 1861 auf dem Lande geborene Person, welche, da die Geschlechtsfurche offen, der Geschlechtshöcker klein war, als weibliches Kind diagnosticiert, als Mädchen erzogen wurde und seitdem als Frau lebt. Die secundären Geschlechtskaraktere, Kehlkopf, Mammae, Becken, Bartwuchs usw. entwickelten sich später ausnahmslos männlich, Menses traten nicht ein, auch der Geschlechtstrieb nahm den männlichen, auf das Weib gerichteten Typus an, sodaß die Person mehrere Heiratsanträge, welche ihr im Laufe der Jahre von Männern gemacht wurden, ablehnte. Bei der Untersuchung fand ich in der rechten Schamlippe ein hodenartiges Gebilde von der Größe eines kleinen Hühnereies, in die linke Schamlippe läßt sich von der Bauchhöhle aus durch den Leistenkanal ein Gebilde von der Form und Größe eines Taubeneies herunterdrücken; der für gewöhnlich unter den kleinen Schamlippen versteckte Geschlechtshöcker ist im status erectionis 8 cm lang; es wird angegeben, daß bei der meist mit Weibern vollzogenen Cohabitation beim Orgasmus aus der Scheide etwa ein Fingerhut weißlichen Schleims hervorquillt. Offenbar handelt es sich in Wirklichkeit hier um eine männliche Person.

Anders in einem 2. Fall, bei dem der Bau des äußeren Geschlechtsapparats eine ähnliche Mittelform aufweist. Hier wurde aber bei der Geburt ein Knabe angenommen, sodaß die Person — jetzt eine Beamter von 33 Jahren — seitdem als Mann lebt. In diesem Falle entwickelten sich die secundären Geschlechtskaraktere, vor allem die Brüste und

Digitized by Google

das Becken, ausgesprochen weiblich, ebenso ist ein weiblicher, also auf den Mann gerichteter Geschlechtstrieb vorhanden; Menstruation trat nicht ein. Bei der Untersuchung fand ich die Geschlechtswülste leer, eine enge 6 cm. tiefe Scheide, die innere Untersuchung konnte bisher nicht vorgenommen werden; es lässt sich jetzt auch nicht mit voller Bestimmtheit sagen, welches Geschlecht vorliegt, doch ist es sehr wahrscheinlich, daß die als Mann lebende Person tatsächlich mehr Weib als Mann ist.

Sehr viel häufiger, wie bei den primären, zeigen sich bei den secundären Geschlechtskarakteren, besonders in der Beschaffenheit des Kehlkopfs, der Brüste und der Behaarung Zwischenformen und Bildungen, welche mit den primordialen Keimstöcken in Widerspruch zu stehen scheinen. Die Hemmung, welche die bei allen diesen Organen am Ende des infantilen Indifferenzstadiums eintretende Wachstumssteigernng bei der weiblichen Brust, dem männlichen Kehlkopf und Barthaar sehr bald erfährt, unterliegt nicht nur temporären, sondern auch graduellen Schwankungen; Abweichungen von der sexuellen Durchschnittsform in geringem, mittleren und hohen Grade treten in mannigfachsten Kombinationen auf.

Ich stelle Ihnen hier ein 24jähriges junges Mädchen vor, das mit 17 Jahren mutierte, Sopran wandelte sich in Tenor, zugleich stellte sich am Kinn Bartwuchs ein, der für gewöhnlich mehrmals wöchentlich entfernt wird. Brüste, Becken, Genitalien sind weiblich, Schambehaarung männlich, Uterus relativ sehr klein, dagegen viele Neigungen, z. B. Vorliebe für Reiten im Herrensitz und vor allem der Geschlechtstrieb männlich, also auf das Weib gerichtet. Ihr Gesammthabitus und Gesichtsausdruck ist so viril, daß die junge Dame in Frauenkleidern auf der Straße allgemein auffällt, während sie in Männertracht völlig unbehindert ist.

Ich lege Ihnen außerdem eine größere Reihe Photographien vor, welche feminine Brust- und Beckenentwicklung bei Männern, virile Bartbildung bei Frauen veranschaulichen.

Mit den Geschlechtskarakteren, die man gemeiniglich als die secundären bezeichnet, sind aber die Geschlechtsunterschiede keineswegs erschöpft, vielmehr sehen wir, daß sämtliche inneren und äußeren Organe eine männliche und weibliche Durchschnittsform darbieten. Der von dem alten dänischen Zoologen Steenstrup aufgestellte Satz: „Das Geschlecht steckt überall im Körper" gewinnt immer mehr an Wahrscheinlichkeit und man wird schwerlich fehlgehen, wenn man sowohl

Digitized by Google

der befruchtenden Eizelle, als jeder einzelnen Körperzelle einen männlichen oder weiblichen Index zuerkennt.

Von neueren Forschungen erinnere ich hier nur an die Untersuchungen über die Geschlechtsunterschiede im Blut. Olaf Hammarsten (Lehrbuch der physiologischen Chemie, Wiesbaden 1899, S. 137) fand beim Manne in 1 ccm Blut 5 Millionen, beim Weibe 4 bis $4^1/_3$ Millionen rote Blutkörperchen und Ernst Ziegler (Lehrbuch der allgemeinen und speziellen pathologischen Anatomie Bd. II., Jena 1898, S. 3) in 100 ccm. Blut bei Männern 14,5 gr., bei Frauen 13,2 gr. Hämoglobingehalt.

An keinem Organ ist aber die geschlechtliche Differenzierung so scharf, daß nicht Ausnahmen, Abstufungen, Uebergangsstufen zu verzeichnen wären. Ich will nur noch zwei Beispiele herausgreifen, die Körperkonturen und das Becken.

Die Körperlinien des Weibes sind im allgemeinen weicher, runder, was von dem reichlicheren Panniculus adiposus herrührt, der seinerseits zum Teil durch die größere Passivität der Frau bedingt wird, beim Mann ist durchschnittlich die Fettablagerung geringer, die Knochen sind stärker und hervorspringender, die Muskeln deutlicher abgesetzt und kräftiger. Feststellungen mit dem Dynamometer ergaben die Kraft der Frauenhand durchschnittlich um ein Drittel geringer, als die der Männerhand.

Ich demonstriere Ihnen nun auch hier wiederum eine Anzahl von Photographieen, welche Ihnen in Bezug auf die Körperlinien Uebergänge zeigen und füge Photographieen von Handschriftenproben femininer Männer und viriler Frauen bei, welche ebenfalls sehr karakteristisch sind.

Sogar am Becken, bei dem man noch am ehesten eine strenge geschlechtliche Differenzierung anzunehmen geneigt ist, finden sich Abweichungen.

Ich verweise auch hier auf die mitgebrachten Photographieen und berufe mich besonders auf den Ausspruch von Waldeyer. (Das Becken, topographisch-anatomisch mit besonderer Berücksichtigung der Chirurgie und Gynäkologie dargestellt in G. Joessel-Lehrbuch der topographisch chirurgischen Anatomie, Teil II. Bonn 1899, S. 393). „Wir finden auch Weiberbecken vom Habitus der Männerbecken. Die Knochen sind massiver, die Darmbeine stehen steil, der Schambogen ist eng, die Beckenhöhle hat eine Trichterform. Meist haben die betreffenden Frauen auch in ihrem übrigen Körperhabitus etwas Männliches (Viragines), doch braucht dies nicht immer der Fall zu sein.“ Umgekehrt gibt es aber auch viele Männer, deren Becken durchaus weiblich sind. Es ist daher die Geschlechtsdiagnose eines Skelettes keineswegs immer mit Sicherheit zu stellen.

Digitized by Google

Auch über die Geschlechtsunterschiede des nervösen Centralorgans liegen makroskopische und mikroskopische Untersuchungen vor, welche jedoch bisher zu keinem abschliessenden Resultat geführt haben. Es würde zu weit führen, im einzelnen darauf einzugehen, nur möchte ich bemerken, daß — der Gehirnfunktion nach zu schließen — auch hier dem differenzierten ein indifferentes Stadium vorangeht, denn weder die centripetale, noch die centrale und centrifugale Gehirntätigkeit zeigt beim Kinde, das der Sprachinstinkt mit Recht als neutrius generis bezeichnet, einen ausgesprochenen männlichen oder weiblichen Typus.

Erst später zeigt sich der männliche Mensch im allgemeinen produktiver, aktiver und härter, während die Frau durchschnittlich passiver, rezeptiver und affektiver ist. Daß auch hier Übergänge in großer Anzahl vorhanden sind, lehrt die Geschichte und die tägliche Erfahrung.

Als letzten der Geschlechtsunterschiede müssen wir den Geschlechtstrieb erwähnen, dessen anatomisches Substrat bisher noch nicht ermittelt ist. Auch hier haben wir die männliche, auf das Weib gerichtete und die weibliche, auf den Mann gerichtete Form zu unterscheiden, und auch hier haben es zahlreiche Untersuchungen zuverlässiger Autoren über jeden Zweifel gestellt, daß bei hodentragenden Personen genuin ein weiblicher, also auf den Mann gerichteter, bei eierstocktragenden Personen ein männlicher, also auf das Weib gerichteter Geschlechtstrieb nicht selten vorkommt.

Von hoher Bedeutung ist es, sich noch kurz darüber klar zu werden, in welchem Abhängigkeitsverhältnis die genannten Abweichungen zu einander stehen.

Da läßt sich ein besonders inniger Connex, eine Art Wechselwirkung zwischen denjenigen Geschlechtskarakteren constatieren, welche sich innerhalb derselben Zeitepoche differenzieren.

Ist beispielsweise bei einem Mann der Geschlechtshöcker atrophiert, so besteht neben einseitigem oder doppelseitigem Kryptorchismus auch zumeist ein gespaltenes Scrotum; ist bei einer Frau der Kehlkopf männlich gestaltet, so stellt sich gewöhnlich auch Bartwuchs ein, während bei Männern Bartlosigkeit meist mit stärkerer Mammaebildung verbunden ist.

Ein analoger Paralellismus findet sich zwischen psychischen Geschlechtskarakteren und dem Geschlechtstrieb meist unter Einbeziehung sekundär somatischer Abweichungen, wenngleich ich auf Grund meiner sehr zahlreichen Beobachtungen hier nicht so weit gehen kann, wie ein neuerer Autor, Weininger (Dr. Otto Weininger: „Geschlecht

Digitized by Google

und Karakter", Wien und Leipzig 1903, S. 53), der angibt, daß beim sexuell Invertierten nie eine anatomische Annäherung an das andere Geschlecht fehlt.

Neben dieser Congruenz in der Formation sexueller Zwischenformen besteht eine wenn auch nur scheinbare Divergenz in den einzelnen Geschlechtszeichen insoweit, als sich in jedem Bion, das aus der Vereinigung zweier Geschlechter hervorgegangen ist, neben den Karakteren des einen Geschlechts die des andern oft weit über das Rudimentärstadium heraus in sehr verschiedenen Gradstufen vorfinden. Das sehr variable Mischungsverhältnis männlicher und weiblicher Attribute erklärt zum großen Teil die Variabilität der Individuen in psychischer und somatischer Hinsicht.

Wir gelangen zu dem Schlusse, daß die Differenzierung der Geschlechter bei weitem nicht so scharf ist, wie man früher zumeist angenommen hat, daß Übergänge zwischen dem männlichen und weiblichen Geschecht in großer Mannigfaltigkeit vorkommen, und daß die Natur auch bei der Trennung der Geschlechter nicht von dem Prinzip abgegangen ist, welches die Alten in dem Satze ausdrückten: „natura non facit saltum".

Leitsätze.

1. Alle Geschlechtsunterschiede sind quantitative.

2. Alle Geschlechtskaraktere machen in ihrer Entwickelung drei Stadien durch: ein ungeschlechtliches (latentes), ein geschlechtliches (indifferentes) und ein zweigeschlechtliches (differenziertes).

3. In jedem Bion, das aus der Vereinigung zweier Geschlechter hervorgegangen ist, finden sich neben den Zeichen des einen Geschlechts die des anderen oft weit über das Rudimentärstadium heraus in sehr verschiedenen Gradstufen vor.

4. Je später die Differenzierung eines Geschlechtszeichens erfolgt, um so häufiger weicht seine Graduierung von dem sexuellen Durchschnitt ab.

5. Jeder Geschlechtskarakter kann für sich abweichen, doch lässt sich eine Relation in den Abweichungen nachweisen, welche sich in derselben Zeitperiode entwickeln.

6. Die Variabilität der Individuen in somatischer und psychischer Hinsicht hängt zum großen Teil von dem sehr variablen Mischungsverhältnis männlicher und weiblicher Attribute ab.

Digitized by Google

V. Internationaler Dermatologen-Kongreß, 12.—17. September 1904 in Berlin.

Bericht von Dr. **Blanck-Potsdam.**

1. Sitzungstag.

Unser Bericht wird, entsprechend den Zielen dieser Zeitschrift, nur den urologischen und venereologischen Teil des Kongreßes wiedergeben. Da insbesondere die Syphilis einen breiten Raum der Verhandlungen in Anspruch nahm, so wird er immerhin noch eine Fülle wissenswerter Arbeiten bringen. Gleich der erste Sitzungstag wurde mit den Darlegungen namhafter Forscher über die Impfungs- und Immunisierungsversuche der Syphilis ausgefüllt, In der feierlichen Eröffnungssitzung wurden der Vorsitzende, Professor Dr. E. Lesser in Berlin und der Generalsekretär, Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal in Berlin zu Leitern des Kongreßes, E. Besnier in Paris zum Ehrenpräsidenten gewählt.

Als erster sprach Hallopeau-Paris über die pathogenetische und immunisierende Wirkung der Syphilistoxine. Die Schlußfolgerungen seiner Ausführungen sind folgende:

1. Obwohl die Syphilistoxine die unbekannten Produkte einer unbekannten Mikrobe sind, so weiß man doch, daß sie die notwendigen Vermittler zwischen dieser Mikrobe und den verschiedenen Erscheinungen der Syphilis darstellen: „Man ist also berechtigt und verpflichtet, die Rolle derselben im Organismus zu studieren."

2. Da die Entwicklung der Syphilis ganz augenscheinlich vor allem von der Entwicklung ihrer pathogenen Mikrobe abhängt, so müssen notwendigerweise ihre Toxine in den verschiedenen Perioden mit verschiedenen Eigenschaften zur Entwicklung gelangen.

3. Die pathogenetische Wirkung der Toxine ist gleich Null während des Incubations- und Latenzstadiums der Krankheit: Die gegen neue Inoculationen so schnell erworbene Immunität lehrt indessen, daß vacanierende Substanzen, welche sich von den Toxinen unterscheiden, in sehr kurzer Zeit nach der Initialimpfung in die allgemeine Zirkulation übergehen.

4. Die Wirkung der Toxine kann sich in unmittelbarer oder mittelbarer Nachbarschaft der infektiösen Herde localisieren oder sich generalisieren.

5. Ihre unmittelbare lokale Wirkung zeigt sich successive durch die Entstehung des indurierten Schankers, primärer und sekundärer Drüsen-

Digitized b

erkrankungen, der Roseola, der papulösen Efflorescenzen, der gummösen Arterienerkrankungen, der embryonalen Dystrophieen; sie ändert sich mehr oder weniger schnell mit der Entwicklung der Krankheit; diese Modifikationen schließen also auch solche der biologischen Eigenschaften des Contagiums in sich, zu dem sie in notwendigen und engen Beziehungen stehen.

6. Bei der Erzeugung dieser verschiedenen Erscheinungen muß man in gleicher Weise das Milieu in Rechnung ziehen, welchem das erkrankte Individuum angehört, weiter die Art, wie es auf die Toxine reagiert, und schließlich die von diesen der Entstehung nach verschiedenen Antitoxine, welche er ersteren entgegenstellen kann.

7. Die lokale mittelbare Wirkung zeitigt die Störungen in der Zirkulation und Pigmentierung, welche im Umkreis der Papeln und syphilitischen Knötchen auftreten.

8. Die allgemeine Wirkung offenbart sich durch Störungen, welche in jedem Organismus die sekundäre Entwicklung begleiten können, weiter durch die dauernde Immunität gegen neue Impfungen, welche ihm vaccinierende Substanzen verleiht, und vielleicht auch durch die Modifikationen, welche die Entwicklung der Krankheiten bei zwei aufeinander folgenden Generationen zeigen kann (Syphilis binaire von Tarnowsky).

9. Mit Unrecht haben hervorragende Syphilidologen die Entstehung tertiärer und quaternärer Erscheinungen und die hereditäre Vererbung ausschließlich Toxinen zugeschrieben, welche sich von ihrem Ursprungsherd sozusagen freigemacht hätten, man muß dieselben vielmehr auf die Mikroben direkt zurückführen. Indessen kann ein Teil der Erscheinungen der hereditären Syphilis, in der ersten und zweiten Generation, auf Störungen der embryonalen Elemente durch Toxine zurückgeführt werden: hierher zählen der Infantilismus, Senilitas praecox, Pubertätscataracte, unheilbare Dystrophien; alle diese Veränderungen zeichnen sich durch ihren Indifferentismus gegen die spezifische Behandlung aus. Diese Durchsetzung des Embryos mit Toxinen setzt nicht notwendigerweise die Übertragung des Mikroorganismus voraus.

10. Mit Unrecht hat man in gleicher Weise die Entstehung nervöser Deuteropathieen — wie die Tabes und progressive Paralyse — auf die ausschließliche Wirkung von Toxinen zurückgeführt; die treten erst sekundär zu Tage. In Wirklichkeit haben diese Krankheiten interessante syphilitische Neubildungen der nervösen Gewebe als Ausgangspunkt, welche bei praedisponierten Individuen auf der einen Seite zu sekun-

Digitized by Google

dären Degenerationen, auf der anderen Seite durch Vermittlung der Toxine und der Cerebrospinalflüssigkeit zu diffusen Entzündungen Anlaß geben können.

11. Diese diffusen deuteropathischen Entzündungen, die gewöhnlich bei der Tabes von sekundärer Wichtigkeit sind, stehen bei der allgemeinen Paralyse im Vordergrund; sie können auch einen besonderen Typus von Myelitis darstellen.

12. Die spezifische Therapie ist — entgegen haltlosen Versicherungen —, so wirksam sie auch gegen die ursächlichen Neubildungen dieser Deuteropathieen ist, unwirksam gegen diese Deuteropathieen selbst, mögen sie nun degenerativer oder toxischer Natur sein.

13. Die auf vaccinierenden Substanzen beruhende Immunität ist eine allgemeine und lokale.

14. Die Frühzeitigkeit der allgemeinen Immunität deutet darauf hin, daß vom Beginn der Krankheit an vaccinierende Substanzen, die sich von den Toxinen unterscheiden, in den allgemeinen Kreislauf und in alle Gewebe gelangen; diese Immunität ist nicht immer zeitlich unbegrenzt. Die positiven Tatsachen der Reinoculation beweisen die Möglichkeit eines völligen Schwindens der Immunität.

15. Das Colles'sche Gesetz stützt sich auf die Tatsache, daß vacciniforme Substanzen, die vom infizierten Embryo erzeugt sind, in den mütterlichen Kreislauf auf plazentarem Wege gelangen.

16. Auf der anderen Seite kann das Kind einer infizierten Mutter durch den Einfluß vaccinierender Substanzen, die in den Placentarkreislauf gelangen, eine dauernde Immunität erlangen, die sich nach der Geburt abschwächt.

17. Die Syphilis binaire Tarnowsky's, die sich solches Individuum zuzieht, kann, infolge der Wirkung dieser vacciniformen Imprägnation, verschiedene Abänderungen vom normalen Verlauf zeigen. Meist handelt es sich um abortive Formen, welche bereits am Ende der ersten oder zweiten Periode ihr Ende erreichen.

18. Die Immunität inbezug auf das von außen kommende Contagium schließt nicht die Immunität gegen die Fortentwicklung desselben Mikroorganismus im Organismus in sich: die Krankheit schreitet durch unsere s. g. „intra-inoculations" weiter, diese Tatsache zeigt wieder, daß die Mikrobe und seine Excretionsprodukte sich schnell und gründlich im menschlichen Körper verändern.

19. Es gibt indessen Immunität lokaler Art; im allgemeinen zeigen sich nur langsam neue Erscheinungen der Krankheit im Bereich der

früheren Herde. Wir haben bewiesen, daß die vermeintlichen Recidive an der Stelle des indurierten Schankers nur Recidive in der unmittelbaren Nachbarschaft vorstellen, welche sich mehr oder weniger lange nach der Heilung des Ursprungsherdes einstellen. Ebenso ist es mit den büschel- und kreisförmigen Syphiliden; diese breiten sich exzentrisch durch Intraoculationen aus und respektieren die primäre Zone. Wahrscheinlich verharren, nach den Theorien von Metschnikoff, Makrophagen an diesen Stellen, welche durch ihre immunisierende Tätigkeit der Wiedervermehrung der Mikrobe und der vernichtenden Wirkung ihrer Toxine Widerstand leisten.

20. Die Versuche der Serumtherapie, die die immunisierende Wirkung der syphilitischen Vaccine zu verwerten trachtet, haben bisher keine entscheidenden Resultate ergeben.

21. Die Toxine des Schankers und der sekundären Infektion werden, unter Verwertung der neuerdings gelungenen Impfung anthropoider Affen und des dadurch vorliegenden beträchtlichen Materials, der Erkennung und chemischen Analyse zugänglich gemacht.

22. Man wird zu dem gleichen Zweck infizierte Früchte benutzen können.

Buschke berichtet im Anschluß an die interessanten Mitteilungen des Vorredners über Versuche, welche er vor ca. 2 Jahren in der Lesser'schen Klinik begonnen hat auf Anregung Lessers, betr. die Wirkung der supponierten Syphilis-Toxine auf das Blut. Die Versuche decken sich zum Teil mit den jüngst von Nagelschmidt in einem besonderen Aufsatz gebrachten Mitteilungen. Buschke untersucht, inwieweit etwa spezifische hämolytische resp. agglutinierende Vorgänge zu beobachten sind, wenn normales menschliches Serum auf die roten Blutkörperchen Syphilitischer und umgekehrt, das Serum Syphilitischer auf die normalen roten Blutkörperchen einwirkt. Wenngleich hämolytische Vorgänge sich haben beobachten lassen, so waren dieselben doch so inkonstant, daß sich irgendwelche, besonders auch für die Praxis zu verwertende, Schlüsse hieraus nicht ziehen ließen. Neuerdings hat Buschke Versuche über Präzipitierung angestellt. Da es möglich ist, in dem Serum mit bestimmten Bakterien vergifteter Tiere durch die Bakterien Fällung zu erzielen analog der Präzipitierung, so hat Buschke Versuche in der Weise angestellt, daß er syphilitisches Gewebe resp. den Gewebssaft syphilitischer Efflorescenzen, welcher mutmaßlich viel Syphiliscontagium enthält, also besonders von nässenden Papeln, dem Serum beigemengt hat. Um das Wachstum der natur-

Digitized by Google

gemäß hierbei zahlreichen anderen Mikroorganismen möglichst auszuschalten, wurde dem Serum Karbolsäure resp. Chloroform zugemengt, allein es war unmöglich, das Wachstum der Mikroorganismen zu hemmen, sodaß auch durch diesen Versuch sich nichts ergeben hat. Auch ist für derartige Präzipitierungsversuche nach den sonstigen Erfahrungen eine sehr große Menge der fraglichen Mikroorganismen erforderlich, sodaß es fraglich ist, ob überhaupt auf diesem Wege sich etwas erzielen läßt. Nebenbei hat Buschke anläßlich dieser Versuche das Blut Syphilitischer auf Mikroorganismen untersucht, aber niemals Bakterien im Blut Syphilitischer nachweisen können.

Nagelschmidt hat die Versuche in Breslau an der Neißer'schen Klinik fortgesetzt und es ist ihm durch eine besondere Versuchsanordnung (Einzelheiten in seiner Broschüre „Über Immunität bei Syphilis) in mehreren Fällen gelungen, den positiven Nachweis von Toxinen im Blut Syphilitiker zu erbringen.

Der zweite Vortrag brachte den Bericht Neisser's über Versuche, Syphilis auf Affen zu übertragen. Wir verweisen auf die ausführliche Publikation in der „Deutschen mediz. Wochenschrift No. 38, 1904."

In der Diskussion berichtete Metschnikoff über seine Versuche. Seine Resultate sind:

1. Die Chimpansen sind für Syphilisvirus sehr empfänglich; von 9 geimpften Individuen sind alle syphilitisch geworden.

2. Das Syphilisvirus wird durch Berkefelds Filter festgehalten und durch Erhitzung auf 51^0 vernichtet. Das filtrierte und durch Erhitzung vernichtete Virus übt keine Schutzwirkung aus.

3. Das Glycerin vernichtet nicht die Virulenz des Syphilisvirus.

4. Das durch den Organismus von Macacus cynomolgus durchgeführte Virus ist für Chimpansen sehr virulent.

5. Das durch den Organismus von Macacus sinicus durchgeführte Virus ist für Chimpansen sehr abgeschwächt und kann zum Zwecke der Schutzimpfung verwendet werden.

Lassar konnte bei anderen Affen nur ganz unmarkante Symptone beobachten. Die nunmehr feststehende Möglichkeit der Überimpfung der Syphilis auf Affen sollte erstens Anlaß geben, nunmehr die Infektiosität der Späterscheinungen zu prüfen und zweitens sollten die Forscher, die den Erreger der Syphilis gefunden haben wollen, die Prüfung der Echtheit an Affen vornehmen, wenn man auch zugeben muß, daß nur positive Resultate Beweiskraft haben.

Digitized by Google

van Nissen behauptet, daß es eine Immunität gegen Syphilis nicht gäbe, infolgedessen auch die Darstellung eines Heilserums schwierig sei.

Neumann (Wien) führte mit seinem Vortrag: Läßt sich aus der Keramik des alten Peru der amerikanische Ursprung der Syphilis ableiten" in das historische und anthropologische Gebiet über. Er erörtert die Frage, ob man aus den an den keramischen Tongefäßen des alten Peru dargestellten Entstellungen, i. e. Defekte an der Nase und an den Lippen, berechtigt sei, Rückschlüße auf die syphilitische Natur derselben zu ziehen. Nachdem der Vortragende in übersichtlicher Darstellung die herrschenden Ansichten über Provenienz und Alter der Syphilis einleitend erörterte und auf jene Diskussionen hinwies, welche von Virchow, Bastian, Ashmead, Polakowsky u. a. über das in Rede stehende Thema gehalten werden, teilt er die Ansicht des letzteren insofern, daß nicht alle vorgefundenen Defekte absichtlich oder aus Strafe vorgenommene Verstümmelungen sein können und daß aus der Form der Defekte Syphilis an manchen der Objekte nicht auszuschließen ist. Lupus, Tuberkulose, Lepra, Epitheliome zeigen andere Befunde. Sicheren Aufschluß kann nur ein größeres Material geben, namentlich solche Figuren, an denen auch an anderen Stellen Efflorescenzen bildlich dargestellt sind. An der Hand von Figuren wird der Vortrag näher erörtert.

Im Anschluss daran legt v. Hansemann einen Schädel aus dem Berliner Museum für Völkerkunde vor, der wahrscheinlich aus der präkolumbisch-altperuanischen Periode stammt und sichere Zeichen von Syphilis aufweist.

Lesser findet es merkwürdig, daß man überhaupt Zweifel in den amerikanischen Ursprung der Syphilis setzen konnte.

Neumann betont zum Schluß der Diskussion, daß die sattelförmige Nase zu Gunsten der Annahme Syphilis spräche, zumal die alten Peruaner große vorstehende Nasengerüste als Raßenmerkmal hatten.

---

2. Sitzungstag.

Vom 2. Sitzungstage können wir nur wenig Einschlägiges berichten. Interessieren dürfte der Vortrag von Baldomero Sommer (Buenos Aires) über Fambroesia oder Buba. Er erörtert vor allem die differentialen Merkmale gegenüber der Syphilis. Es steht fest, daß Fambroesia nicht identisch mit Syphilis ist. Es sind zwei Formen zu unterscheiden, eine oberflächliche und eine tiefe. —

Digitized by Google

In der Diskussion bemerkt Unna, der die demonstrierten Schnitte des Vortragenden untersucht hat, daß dieselben nicht syphilitischer Art seien. Er wünscht statt der Bezeichnung „Fambroesia" die weniger verwirrende „Buba".

Breda hält die Buba gleichfalls für eine Krankheit sui generis, die durch spezifische Erreger, die Bubabazillen, erzeugt wird. —

Als letzter an dem Tage sprach Ullmann über „Pathogenese und Histologie der Epididymitis gonorrhoica". Von den drei Wegen, welche für die Entstehung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung in Betracht kommen (Vas deferens, Blut-, Lymphweg), nimmt er den Lymphweg als denjenigen an, auf dem die Gonokokken zum Nebenhoden gelangen. Er hat hierfür experimentell durch Versuche an Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden pathologisch-anatomische Beweise zu erbringen gesucht.

Rosenthal will die Fortpflanzung des Prozesses per continuitatem durch das Vas deferens.

Oppenheim (Wien) spricht gegen die lymphogene Theorie, er beschuldigt auf Grund von Tierversuchen Reflexe, antistaltische Bewegunge des Vas deferens als auslösende Ursachen der Epididymitis gonorrhoica.

Bruhns bestätigt, daß er bei seinen Untersuchungen über Lymphgefäße der Prostata (Archiv für Anatomie 1904), die er an 33 Kinderleichen mittelst Injektionen nach der Gerota'schen Methode ausführte, ein bisher nicht beschriebenes Lymphgefäß fand, das von der Prostata ausgehend am Vas deferens entlang lief bis zum Nebenhoden. Dieses Lymphgefäß war nicht leicht injizierbar und gelangte nur in einem Teil der Injektionspräparate zur Darstellung, es kann aber nach der Zahl der gelungenen Injektionen ein Zweifel über sein Vorhandensein nicht bestehen.

---

3. Sitzungstag.

Der dritte Sitzungstag brachte zum Schluß zwei einschlägige Vorträge.

Alex. Renault erörterte „einiges über die wissenschaftliche Direktion der Luesbehandlung in der sekundären Periode".

Er beschränkte seine Studien auf die Quecksilberanwendung, insbesondere die interne und Injektionsmethode, lobte besonders die sub-

Digitized by Google

kutane Calomelapplikation und bestimmte die Grenzen der Quecksilbertoleranz.

Neisser machte unter dem lebhaftesten Beifall des Kongresses bei dieser Gelegenheit energisch Front gegen die auf die Quecksilberbehandlung gerichteten Angriffe der Kurpfuscher, vor allem aber die Schweningers. —

Risso berichtete über seine in Gemeinschaft mit Cipollnia gewonnenen Resultate der Serumbehandlung der Syphilis. Das Serum gewannen sie von immun gemachten Tieren, sie haben dasselbe in 12 Fällen sekundärer Syphilis angewendet und sind mit den Ergebnissen, soweit es die Kürze der Beobachtungszeit gestattet, zufrieden.

Zur Diskussion sprach Paulsen über den Bazillus der Syphilis und die Serumbehandlung derselben unter Zugrundelegung folgender Leitsätze: 1. Der von v. Niessen, Paulsen und Appel, Josef und Piorkowsky, Waelsch, Winternitz und Kral aus dem Blute Syphilitischer gezüchtete Bazillus ist der Erreger der Syphilis, weil er sich aus dem Blute Gesunder nie züchten läßt. 2. Auf allen Schleimhäuten finden sich diphtheroide, saprophytische Bazillen, auf der äußeren Haut selten, deshalb dürfen die Untersuchungen nicht auf den Schleimhäuten vorgenommen werden. 3. Die Tierversuche sprechen nicht gegen die Spezifität des Bazillus. 4. Dafür sprechen die Versuche, die Appel und Paulsen mit dem Syphilisserum anstellten. —

Zum Schluß des Tages wurde in der Geschäftssitzung als Sitz des nächsten Kongresses, der im Jahre 1907 stattfinden soll, unter allgemeiner Zustimmung New-York gewählt. —

---

4. Sitzungstag.

Zu Beginn demonstrierte Metschnikoff Bilder zur Erläuterung seiner Experimente von Syphilisübertragung.

Darier überreichte zu dem für den heutigen Tag bestimmten Thema „Syphilitische Erkrankungen des Zirkulationsapparates" sein Buch über syphilitische Arterienerkrankung.

Als erster Referent unterbreitete von Düring dem Kongreß folgende Thesen:

1. Spezifische Erkrankungen der Gefäße kommen in allen Stadien der Syphilis vor; sie gehören nicht nur den Spät- (tertiären) Prozessen an.

2. Es ist wohl zu unterscheiden zwischen solchen spezifischen

Digitized by Google

Prozessen, die sekundär von Erkrankungen im peripheren Gewebe auf die Gefäße übergreifen, und solchen, die primär von den Gefäßen ausgehen. Das sekundäre Befallenwerden der Gefäße bietet keine Besonderheiten, ist aber klinisch — besonders an den Gefäßen der Gehirnbasis — von großer Bedeutung.

3. Die von Heubner beschriebene Endarteritis obliterans, besonders der Hirngefäße, hat zwar in ihrem Verlaufe und in ihrem histologischen Aufbau nichts, woraus zwingend die syphilitische Natur dieser Affektion abgeleitet werden müßte; theoretisch ließe sich annehmen, daß auch andre, infektiöse (oder toxische) Prozesse dieselben Veränderungen hervorzubringen vermöchten. Uns ist aber keine Krankheit bekannt, nach der eine derartige Endarteritis beobachtet wäre. Dagegen ist das Zusammentreffen dieser Form der Endarteritis mit Syphilis so charakteristisch, daß man mit Recht von ihr als Endarteritis luetica sprechen kann.

4. Bei der Endarteritis luetica handelt es sich in erster Linie um eine Wucherung der Intima. Das neugebildete, obliterierende, aus kernhaltigen Bindegewebszellen und elastischen Fasern bestehende Gewebe enthält nicht selten typische Riesenzellen. Die Neubildung des elastischen Gewebes — der Membranen — findet fast ausschließlich von den Zellen der gewucherten Intima aus statt; die Membrana fenestrata beteiligt sich garnicht oder nur ausnahmsweise an dieser Neubildung. Die Riesenzellen gehören der spezifischen Neubildung an, haben nichts mit Tuberkulose zu tun, können auch nicht ausschließlich als Fremdkörper-Riesenzellen erklärt werden.

Die Vaskularisation des obliterierenden Gewebes ist für die spezifische Endarteritis typisch.

5. Die zuerst von Döhle als syphilitische Aortis beschriebene Erkrankung kommt besonders an der Aorta thoracica vor und ist eine der häufigsten Ursachen der Aneurysmenbildung. Die Aortitis besteht in entzündlichen Veränderungen in der Adventitia und in der Media, die sich meist an die Gefäße anschließen. Der entzündliche Prozeß kann auf die Vasa vasorum übergreifen und zu einer obliterierenden Entzündung derselben führen; er kann mehr diffus oder heerdweise („interstitielle" oder „gummöse" Prozesse) auftreten und in letzterem Falle größere Ausdehnung erreichen und nekrotisch werden, wie besonders Benda als charakteristisch hervorhebt. Riesenzellen werden in diesen entzündlichen Infiltraten, ebenso wie bei andern syphilitischen Prozessen, auch gefunden.

Neben diesen entzündlichen Veränderungen, die in der Regel zur Bildung von narbigem Bindegewebe führen, finden sich mehr oder weniger große Strecken der Media im Zustande der Nekrose (Ausbleiben der Kernfärbung), ohne daß sich entzündliche Veränderungen an diesen Stellen nachweisen ließen.

Diese Nekrosen können ohne Zwang auf den Mangel an Ernährung, der durch das Zugrundegehen („Obliteration") einer Anzahl von Vasa vasorum bedingt ist, zurückgeführt werden.

6. Die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der Wand gegenüber dem ausbuchtenden Blutdrucke ist bedingt.

a) durch die Zerstörung der Media durch entzündliche Prozesse,

b) durch den im wesentlichen durch die nicht entzündliche Nekrose bedingten Ausfall des elastischen Gewebes und der Muskulatur.

Die bindegewebige Narbe ist nicht imstande, einen genügenden Ersatz für den Ausfall der spezifischen Gewebselemente zu geben und die Ausbildung des Aneurysma hierdurch zu verhindern.

7. Eine Erkrankung der Intima, Endarteritis der Aorta, fehlt in reinen Fällen der oben erwähnten Erkrankung, ist aber bei älteren Individuen recht häufig neben derselben vorhanden. Eine direkte Abhängigkeit der Endarteritis chronica („Arteriosklerose") von dem syphilitischen Entzündungsprozesse ist nicht nachzuweisen.

8. Bei der histologischen Untersuchung wird man meistens abgelaufene, narbige Prozesse, endarteritische, interstitielle und gummöse Veränderungen nebeneinander finden. Es empfiehlt sich deshalb nicht, die für die syphilitische Aortenerkrankung vorgeschlagene Bezeichnung „Aortitis fibrosa" anzunehmen. Es ist den Tatsachen entsprechender, die Gesamtheit der Prozesse unter dem Namen: „Aortitis luetica" zusammenzufassen.

9. Die Erkrankungen der Venen sind bis jetzt weniger eingehend studiert: sie scheinen häufiger zu sein, als man bis vor wenigen Jahren annahm. Die bis jetzt beschriebenen Veränderungen decken sich mit den an den Arterien beschriebenen: besonders gilt dies von der von Forstmann beschriebenen obliterierenden Endophlebitis syphilitica.

10. Die spezifische Therapie vermag Erfolge natürlich nur in dem Umfange zu erzielen, als vorhandene Infiltrate resorbiert und weitergehende Zerstörungen verhindert werden können. Ein Ersatz untergegangenen (elastischen) Gewebes ist selbstverständlich ausgeschlossen. Demgemäß können die Folgen der verlorenen Elastizität

Digitized by Google

der Gefäßwandungen nicht aufgehoben werden — ein ausgebildetes Aneurysma kann nicht zurückgebildet oder die Bildung eines solchen an verdünnten, narbigen Wandpartien kann nicht vermieden werden. Gleichwohl ist die Verdickung und Verstärkung der Wand durch rechtzeitig herbeigeführte Vernarbung von sonst zur Nekrose neigenden Infiltraten therapeutisch von großer Bedeutung und vermag, wie bewiesen ist, die Vergrößerung und die Ruptur von Aneurysmen zu verhüten.

Den zweiten Bericht gab vom Standpunkt der pathologischen Anatomie v. Hansemann: Seit Heubner's Arbeit, über Endarteriitis syphilitica ist die Frage der syphilitischen Gefäßerkrankungen erst recht in Fluß gekommen. Heller und Döhle haben wesentliche Beiträge geliefert. Melchior konnte schon über 270 Arbeiten referieren. Erst jüngst haben Chiarî und Benda einen zusammenfassenden Bericht gegeben. Der Vortragende geht zunächst auf die Syphilis der Herzens ein. Er bespricht die Gummata der Herzwand, die gummösen diffusen Infiltrationen, Erkrankungen, die an Häufigkeit hinter den kleinen mikroskopischen vasculären Wucherungen zurückstehen, aus denen Narben entstehen, welche besonders bei Infektionskrankheiten zu Herzschwäche führen können. 2) Bei der Erörterung der syphilitischen Gefäßerkrankungen vertritt v. H. den Standpunkt, daß das Aortenaneurysma nicht allein auf luetischer Basis zustande komme. Da das primäre die Narbe, das Aneurysma erst das sekundäre sei, so ist man auch nicht imstande, das Aortenaneurysma durch syphilitsche Kuren zu heilen. Den makroskopischen und mikroskopischen Veränderungen der Gefäße gelten die weiteren Ausführungen, die mit dem Hinweis schließen, daß die Gefäßerkrankung der Syphilis für den Verlauf der Krankheit von wesentlicher Bedeutung ist.

Über die klinischen Erscheinungen der syphilitischen Erkrankungen des Zirkulationsapparates berichtete Renvers. Er betont die Schwierigkeit der Diagnose der Herzsyphilis und der Aortensyphilis. Das einzige klinische Moment bei der toxischen Frühsyphilis des Herzens ist die Herzschwäche, welche bei Anstrengungen zu Tage tritt, insofern dann akute Dilatation sich anschließen kann. Bei einer gewissen Schwere der Infektion können Arythmien und leichte Herzmuskelstörungen eintreten. Im tertiären Stadium finden sich 1) selten gummöse Erkrankungen, die schwer diagnostizierbar sind und bisher in ca 80 Fällen beobachtet wurden, 2) gummöse Infiltrationen, Herzmuskelerkrankungen, die sehr langsam sich entwickeln, bis schließlich plötzlich eine Herz-

Digitized by Google

muskelinsufficienz zu Tage tritt. Am häufigsten ist die dilatative Herzhypertrophie. — Die Gefäßerkrankungen spielen bei der Früh- und Spätsyphilis eine bedeutende Rolle. Das Aortenaneurysma ist im Frühstadium klinisch zu erkennen; man findet dann, ohne daß eine ererbte Arteriosklerose vorliegt, Druck- und Schmerzgefühl im Bereich der Aorta, welches sich bei Anstrengungen zum Herzasthma steigern kann. Klinisch sehr deutlich ist die syphilitische Erkrankung der Coronararterien, welche sich als Angina pectoris durch Stenocardie und cardiales Asthma kund giebt. — Bei der Diagnose der genannten Erkrankungen muß man sich bewußt sein, daß kein einziges pathognomisches Symtom allein für sich die Diagnose beweist. Anderseits ist eine frühzeitig erkannte Herzsyphilis der spezifischen Therapie zugänglich; Renvers plädiert für intermittierende Behandlung.

Thomas Walker gab als letzter einen ganz kurzen Bericht, indem er an Veränderungen genannter Art anknüpfte, die er in einem Fall gefunden hat. Seine weiteren Ausführungen gelten u. a. den Heubner'schen Untersuchungen und denen Friedländer's.

Die Diskussion eröffnete C. Benda. Er sondert bei der syphilitischen Aortitis scharf die abgelaufenen von den floriden Prozessen. Die miliaren Formen syphilitischer Gefäßveränderungen sind noch reine Entzündungsformen, den miliaren Heerden entspringen miliare Narben. Die Bildung des Aneurysma folgt wesentlich im gummösen Stadium, durch Ruptur oder diffuse Dilatation der erkrankten Gefäßwand. Benda erläutert seine Ausführungen durch eine große Anzahl mikroskopischer Präparate.

Nach kurzen Bemerkungen Barthélémy's sprach E. Hoffmann über Venenerkrankungen in der sekundären Periode der Syphilis und die ihnen zu Grunde liegenden histologischen Veränderungen unter Demonstration seiner an sechs Fällen gemachten Befunde. — Weiter sprachen Renault, Asahi, welcher sechs Fälle von Aortenaneurysma und weitere Fälle von Syphilis der Aorta mikroskopisch untersucht hat, Mannino, Gandier, Ehrmann, welcher Präparate syphilitischer Infiltrate in den Lymphspalten demonstrierte, Petrini de Galatz, Bruhns. Dieser fand bei einem Kind mit herditärer Syphilis eine umschriebene entzündliche Veränderung in der Aorta descendens. Es handelte sich um ein neugeborenes Kind, bei dem die Sektion die typische syphilitische Epiphysenveränderung und Gummibildungen im Pancreas ergab. Die mikroskopische Untersuchung der Aorta zeigte ein umschriebenes Zellinfiltrat entzündlicher Natur in der pars descendens, das von

Digitized by Google

der Adventitia beginnend, sich ein Stück weit in die Media erstreckte; in der Längsrichtung der Aorta dehnte sich der Herd mindestens $^1/_2$—1mm oder weiter aus. Die Zellenfiltration war nicht als Gummibildung aufzufassen, da Neigung zu Verkäsung und Riesenzellen ganz fehlten. Ein solcher Befund an der Aorta bei congenitaler Syphilis erscheint besonders deshalb interessant, weil hier Schädigungen, die man bei der Beurteilung ähnlicher Veränderungen bei Erwachsenen der Arteriosklerose oder dem Alkoholmißbrauch in die Schuhe schieben kann, ganz in Wegfall kommen. — Werther machte Mitteilungen zur Myocarditis syphilitica im Frühstadium der Syphilis und fügte einige Beobachtungen über Venensyphilis hinzu.

Freund hat bei Röntgendurchstrahlung deutliche Schatten im Gebiet von atheromatösen Gefäßen gesehen, in einem Fall handelte es sich sicher um eine Spätform der Syphilis. — Fritz Lesser weist auf die häufige Coincidenz von Tabes und Aneurysma hin. Über 18% der Tabiker haben Aneurysma. Das Aortenaneurysma entpricht den für die sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen aufgestellten zwei Kardinalbedingungen (Syphilis ist nicht die einzige Ursache, Reactionslosigkeit gegen Quecksilber und Jod). Bei dem engen Konnex, der zwischen dem syphilitischen Lokalprozeß in der Aortenwand und dem daraus resultierenden Aneurysma besteht, ist es gerechtfertigt, das Aneurysma als direkt syphilitische Erankung anzusprechen und muß dasselbe deshalb, ebenso wie die Tabes etc., bei der Prognose der Syphilis und der Beurteilung der Therapie, ferner bei allen statistischen Erhebungen an erster Stelle mit in Betracht gezogen werden. — Nobl hat im Frühstadium meist die Lymphbahnen zuerst affiziert gefunden. — Rosenthal befürwortet die intermittierende Behandlung bei syphilitischen Herzaffektionen. v. Hansemann betont in seinem Schlußwort, daß keine scharfe Trennung zwischen Peri —, Meso —, und Endarteriitis zu ziehen sei und daß die Erscheinungen, da Mischfälle vorkämen, keine Spezifität besäßen.

Carle (Lyon) faßt in der Nachmittagssitzung seine Studien über den Ursprung spontaner, nicht gonorrhoischer Harnröhrenausflüsse beim Mann in folgenden Schlußfolgerungen zusammen: Fast alle spontanen Harnröhrenausflüsse, die man auf ein Trauma, auf Radfahren, auf geschlechtliche Überreizung, auf akute Infektionen oder Diathesen zurückführt und die ihre Erklärung nicht durch ein Kontagium finden, sind der Ausdruck einer Entzündung der Prostata, die im Verlauf einer früheren, selbst weit zurückliegenden Gonorrhoe

Digitized by Google

erkrankt ist. Diese Entzündung kann auf die Schleimhaut der hinteren Harnröhre übergegriffen haben oder auch nicht, jedenfalls erzeugt sie das von mir beschriebene Krankheitsbild. Die Mehrzahl der von Jadassohn beschriebenen diffusen Harnröhrenentzündungen nicht gonorrhoischer Natur dürften also Folgen von Gonorrhoen, postblenorrhagische Leucorrhoen prostatischen Ursprungs sein.

Motz betont die große Seltenheit diathetischer Urethritiden. Er sieht den Grund solcher spontaner Harnröhrenausflüsse in chronischen glandulären Entzündungen, die lange Zeit ohne Symptome verlaufen können. Ein Exzeß in baccho, eine Überanstrengung können diese Entzündung aufflackern lassen und zu sog. diathetischen Sekretionen führen. Häufig ist in solchen Fällen die Prostata die Ursache der Recidive. Man darf aber nicht vergessen, daß die Harnröhre große Anhäufungen von Drüsengewebe auch besonders in der regio bulbosa, cowperica und membranacea aufweist. M. hat in Gemeinschaft mit Bartrian auf das häufige Vorkommen einer Bulbitis, Cowperitis und Littritis catarrhalis et suppurativa im Verlauf chronischer Urethritiden hingewiesen. Man muß also bei einer spontanen Urethritis, außer auf die Prostata, auch auf die intrabulbären Drüsen achten. Man untersucht sie, indem man sie vom Perineum aus massiert und das gewonnene Sekret mikroskopisch untersucht.

---

5. Sitzungstag.

Am 5. Sitzungstage (16. Oktober) bringen Buschke und Schmidt Berichte über experimentelle Untersuchungen, die sie angestellt haben, um über die Wirkung der Röntgenstrahlen, besonders auch auf Epithelíome und Karcinome Aufschluß zu erhalten.

Als sie diese Untersuchungen begannen, lag darüber noch keine Literatur vor. Inzwischen sind die Arbeiten von Albert Schönberg, eine unter der Leitung von Scholz angefertigte Arbeit und die Mitteilungen von Linser und Bärmann über denselben Gegenstand erschienen, sodaß die Autoren in den wesentlichsten Punkten eine Bestätigung und nur weniges Neues hinzubringen können. Nach mehreren Versuchen, verschiedene innere Organe, die Schilddrüse, die Leber, das Pankreas in das Bereich ihrer Versuche zu ziehen, haben sie schließlich die Hoden von Kaninchen und die Nieren bestrahlt, u. zw. wurden die Hoden unter der Haut durch eine geeignete Versuchsanordnung vorgelagert, ein Hoden durch eine Bleiplatte abgedeckt bei

Digitized by Google

demselben Tiere und der andere einer etwa zweistündigen Bestrahlung aus ungefähr 5—10 cm. Entfernung mit mittelweicher Röhre ausgesetzt. Nach 4—5 Wochen ca. ließ sich eine Atrophie um die Hälfte und noch mehr des bestrahlten Organs gegenüber dem gesunden feststellen (Demonstration von Präparaten), während die Haut höchstens eine geringe Alopecie nach oberflächlicher Atrophie, aber keine schwereren Störungen aufwies. Die histologische Untersuchung zeigte, daß das Hoden-Zwischengewebe die großen Hoden, Zwischenzellen-Gefäße etc. keine nennenswerten Störungen aufwiesen. Dagegen war das Epithel der gewundenen Harnkanälchen und besonders die in starker Proliferation ergriffenen Schichten (die Spermatocyten, die Spermatiden und die Spermatosen) zerstört, die Zellentrümmer lagen, z. T. mit kohlensaurem Kalk bedeckt, im Lumen der Kanälchen, dagegen war die Follikelschicht, welche die Wand auskleidet, nur hie und da zerstört, im wesentlichen erhalten. Es scheint also, daß besonders stark proliferierende Elimente des Epithels in erster Linie von den Röntgenstrahlen getroffen werden. An den durch die Haut herausgelagerten Nieren wurden nur Nekrosen beobachtet, analog wie Linser und Bärmann es festgestellt haben.

Scholtz hat auch die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Hoden studiert und keine nachweisbare Schädigung der Haut, ebenso wie Buschke, beobacht. Die Röntgenstrahlen wirken direkt auf die Zellen selbst.

---

6. Sitzungstag.

Am letzten Sitzungstage führt Julius Müller (Wiesbaden) in seinem Vortrag über die Diätetik der Syphilis folgendes aus: Eine wirklich einheitliche Ernährungsweise, wie bei Diabetes etc., gibt es bei Syphilis, abgesehen von der Ernährung hereditär syphilitischer Kinder, nicht.

Wir werden bei einer normal verlaufenen Syphilis eines im übrigen gesunden Menschen mit der sog. gemischten Kost, d. h. der „Erhaltungsdiät" auskommen.

Eine Änderung der Diät wird notwendig:

1., bei anormalem Stoffwechsel, besonders bei ungenügendem Stoffwechsel, wie Adipositas etc.,

2., bei anormalem Verlauf der Syphilis,

3., bei Syphilis bestimmter Organe, wie Nieren, Darm, Pharynx (schmerzhafte ulceröse Prozesse).

ad 1, ist eine Unterernährung,

ad 2, ist fast immer auch eine Unterernährung und blande Ernährung, wohl nie eine Ueberernährung,

ad 3, eine der physiologischen Tätigkeit entsprechende Diät zu verwenden.

Die Einschränkungen ad 1, und 2, sind den individuellen Verhältnissen anzupassen.

Die sog. Trockenkur (Lindewiese) oder die „diète arabique" sind in ihrer starren Form überflüssig, in abgeschwächter Form jedoch zweifellos in manchen Fällen von gutem Erfolg. Dies sind immer Fälle, wo eine Übersättigung mit Hg vorausgegangen ist. Bei der in höherem Alter erworbenen Syphilis ist eine auf die Arteriosklerose rücksichtnehmende Diät zu verordnen.

Bei Hg-Kuren — besonders bei prophylaktischen, da hier die Erhöhung des Eiweißzerfalles durch die Syphilis wegfällt — ist bei gut genährten Kranken eine Einschränkung von Nutzen, bei solchen mit Stoffwechselverlangsamung notwendig.

Bei Jodipininjektionen ist, da die Jodwirkung dem Stoffwechsel entspricht, eine einschränkende Diät zur Erhöhung des therapeutischen Effektes von großem Vorteil. —

Risso (Genua) trug seine Erfahrungen vor, die er mit dem ersten Mercurcolloid bei der Behandlung der Syphilis gewonnen hat. Dazu sprach Werler (Berlin), der seit 6 Jahren das Präparat einer pharmakologischen und klinischen Prüfung, und zwar als Erster, unterzogen hat. Er hat seine Erfahrungen in zahlreichen Arbeiten seiner Schüler veröffentlicht und faßt nunmehr die Resultate seiner bisherigen Studien in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Mercurcolloid ist nach eingehender, wissenschaftlicher Prüfung seines curativen Wertes als ein ebenso leistungsfähiges wie brauchbares Antisyphiliticum zu betrachten.

2. Das Mercurcolloid besitzt durch seine charakteristischen Eigenschaften, nämlich: schnelle und vollkommene Resorbierbarkeit, Milde und Annehmlichkeit im Gebrauche, hochgradige Sauberkeit sowie relative Ungiftigkeit — ausgesprochene Vorzüge vor der officinellen grauen Quecksilbersalbe.

3. Das Mercurcolloid verdient wegen seines verhältnißmäßig billigen Preises, welcher dem der grauen Salbe nahezu aequivalent ist, die ausgedehnteste Verbreitung in der syphilidologischen Praxis.

Digitized by Google

II. Referate.

G. A. Walaschko: Über einen Fall von Lymphangiom der Niere. (Chirurgija, 1904, Bd. 15, No. 87).

Es handelt sich um einen zufälligen anatomischen Befund bei einem 44jährigen Patienten, der an Lebercarcinom zu Grunde gegangen ist. Die Geschwulst bestand aus neugebildeten Lymphgefäßen.

M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf.

Ramon Guiteras (New-York): The operative treatment of chronic Bright's disease; a second communication based ou reports of one hundred and twenty cases. (Sonder-Abdruck aus dem „New-York Medical Journal und Philadelphia Medical Journal", 7. u. 14. XI. 1903).

Verf. hat an die ersten (150) Chirurgen seines Landes Fragebogen gesandt, um über die augenblicklich im Vordergrund des Interesses stehende Frage von der operativen Behandlung des chronischen Morbus Brightii Aufschluß zu erhalten. Die Hälfte derselben entschied sich für, die andere Hälfte gegen die Operation. Auszüge aus den ihm mitgeteilten Krankengeschichten (120) hat G. angefertigt und der Arbeit in tabellarischer Übersicht angefügt. Zunächst behandelt er die für diese Abhandlung wichtigsten Fragen: 1. Was ist chronische Nephritis, 2. Worin besteht die Operation, von der man eine Besserung oder Heilung erwartet, 3. Welche Argumente sprechen für, welche gegen diese Behandlung, 4. Welche Symptome haben die verschiedenen Chirurgen zur Operation veranlaßt und 5. Welche Resultate haben sie erhalten? — Aus den ihm gemachten Mitteilungen und aus den eigenen Erfahrungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

1. Die chronische Nephritis soll erst operiert werden, wenn die innere Behandlung sich als nutzlos erwiesen hat.

2. Der Zeitpunkt für die Operation ist gegeben, wenn der Prozeß rapide Fortschritte macht und man befürchten muß, daß das Herz bald überanstrengt sein wird.

3. Am wenigsten gefährlich und am erfolgreichsten hat sich als Operation bei chronischer Nephritis die Nephropexie an einseitiger Wanderniere erwiesen.

4. Die für die Operation ungünstigsten Fälle sind die von diffuser Nephritis.

5. Fälle mit universellem Anasarka und schlechter Herzaktion sollten nicht operiert werden; ist die Herzaktion gut, so ist die Operation als letzter Ausweg einzuschlagen, welcher den Patienten einige Lebensmonate schenken kann, vorausgesetzt, daß sie die Operation überstehen.

6. Wenn ein ausgesprochener destruktiver Prozeß in den Nieren in Folge einer Nephritis bestanden hat, so kann die Operation die Kranken für eine Reihe von Wochen oder Monaten bessern, aber gewöhnlich verschlechtern sie sich wieder und sterben, wenn die neue Kapsel sich zu kontrahieren beginnt.

Die Abhandlung ist äußerst lesenswert. Blanck, Potsdam.

Karl Doktor: Quantitative Beurteilung geringer Eiweißmengen im Harn, mit Rücksicht auf die ärztliche Praxis (Budapesto Oroozi Ujság 1903, N. 28).

Doktor rät, die Kochprobe, die Heller'sche Probe, die Ferrocyankaliprobe und die Spiegler-Jolles'sche Probe nach einander auszuführen. Die Proben folgen in der Reihenfolge ihrer Aufzählung einander in Bezug auf ihre Empfindlichkeit, der Vergleich der einzelnen Resultate gibt ein Maß für die enthaltene Eiweißmenge. Bernhard Schulze-Kiel.

M. Hohlfeld: Zur Pathologie der Nieren bei den Magendarmerkrankungen des Säuglings. Aus der Univers.-Kinderklinik zu Leipzig. (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin 1904, Bd. 79, Heft 3/4).

Aus der Beurteilung von Nierenveränderungen, die bei 35 Sektionen von an Magendarmerkrankungen verschiedener Art verstorbenen Säuglingen geht hervor, daß die Niere in ganz empfindlicher Weise auf Magendarmerkrankungen reagiert, und Intensität der Magendarmstörungen und Nierenerkrankung gewissermaßen harmonieren. Da die Störung der Nierenfunktion auch die Ausscheidung toxischer Substanzen hindert, wie sie vom Intestinaltraktus in den Kreislauf gelangen, so kommen die Magendarmerkrankungen desto mehr zur Geltung, und so entsteht ein Circulus vitiosus, der natürlich die Prognose erheblich trübt. Immerhin ist dieselbe nicht absolut ungünstig zu nennen, und man kann z. B. durch subkutane Kochsalzinfusionen in solchen Fällen, wo Wasserverluste vom Darm aus zur Abnahme der Harnsekretion geführt haben, oft recht günstig einwirken. Grätzer-Sprottau.

Marcell Hartwig (Buffalo): **Akute primäre Pyelitis der Säuglinge.** (Berliner klin. Wochenschrift 1903, No. 48).

Die Affektion ist bei Säuglingen gar nicht so selten, wie man glauben könnte. Dem Arzte ist sogar dringend zu raten, bei jeder fieberhaften Erkrankung bei Säuglingen, deren Ursprung und Wesen dunkel sind, den Urin genau zu untersuchen und an primäre akute Pyelitis zu denken. H. fand das Leiden bei 3 Kindern gesunder Eltern. Das Krankheitsbild war vieldeutig, glich noch am ehesten demjenigen, wie man es bei Abdominaltyphus zu beobachten Gelegenheit hat, war aber doch wiederum einigermaßen davon abweichend. Es wurde dann der Harn untersucht, und man fand, das es sich um eine akute Pyelitis handelte. Allerdings war die Eingangspforte der Mikroben, die im Blut zirkuliert und sich gerade am Nierenbecken angesiedelt haben müßten, nicht zu eruieren.

Therapeutisch erwiesen sich größere Dosen von Urotropin und Terpentin als recht wirksam. Grätzer (Sprottau).

Cnopf: Ein kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Bakteriurie. (Münch. med. Wochenschr. 1903, No. 40).

3 interessante Fälle von Bakteriurie bei Kindern, welche zeigen, daß im Blaseninhalt eine Fieberquelle verborgen sein kann, sodaß man bei Fieber, dessen Ätiologie nur einigermaßen unklar, den Urin sorgfältig, auch nach Bakterien, zu untersuchen hätte.

Digitized by Google

Bei dem 1. Kinde, einem 3—4 Jahre alten Knaben, handelte es sich um die Anwesenheit von Bacterium coli im Harn. Als Initialerscheinung war eine Streptokokkenangina aufgetreten; ein Darmkatarrh, der eine Infektionsquelle für die Harnblase hätte abgeben können, war nicht vorhanden gewesen. Urotropin erwies sich als recht wirksam, wenn auch, da der Kolibazillus der Wirkung des Mittels ganz besonderen Widerstand leistet, Pat. 23 Tage es nehmen mußte, im Ganzen über 17 g, die er anstandslos vertrug, — ein Beweis für die Erträglichkeit des Präparates. Auch bei dem 2. Patienten, einem 9jährigen Knaben, erwies sich Urotropin als wirksam. Hier, wo abermals Fieberzustände zur Untersuchung des Harnes führten, wurden in demselben Diplo-, Strepto- und Staphylokokken entdeckt. Im Gegensatz zu Fall 1 hatten sich hier gar keine Erscheinungen von Cystitis gezeigt, was wohl daran lag, daß bei Fall 1, wo die Ursache der Temperaturschwankungen 5 Tage lang nicht erkannt wurde, diese Zeit über die Wandungen der Blase der Einwirkung der Bazillen preisgegeben waren, während im Falle 2 die sofortige Anwendung des Urotropins die Entstehung einer Cystitis verhinderte. Auch im 3. Falle beseitigte Urotropin rasch die Wirkung der im Harn aufgefundenen Bakterien.

Diese Fälle zeigen, daß es Infektionen des Harnblaseninhalts gibt, die durch toxische Wirkung Allgemeinerscheinungen hervorrufen können, hauptsächlich sich äußernd in lebhaften Fieberbewegungen. Die bakteriologische Untersuchung gibt uns sofort Aufschluß über die Natur der Erkrankung und gewährt die Möglichkeit eines wirksamen therapeutischen Eingreifens.

Grätzer (Sprottau).

A. Gröber: Ein Fall von Indigurie mit Auftreten von Indigorot im frisch gelassenen Harn. (Aus der mediz. Univers.-Poliklinik zu Leipzig). (Münch. med. Wochenschrift 1904, No. 2).

Es handelt sich um ein 14jähriges Mädchen aus gesunder Familie. In früheren Jahren hatte es zweimal Gelenkrheumatismus durchgemacht und einen Mitralfehler davongetragen, außerdem einmal Lungenentzündung gehabt und mit 12 Jahren eine akute Nephritis bekommen, die in chronisch parenchymatöse Nephritis überging, diese behielt sie, auch die Ödeme verschwanden nie völlig. Im Beginn des 14. Lebensjahres wurden die Ödeme stärker, es gesellten sich Ascites und Hydrothorax hinzu. Die Farbe des bis dahin immer sehr blassen Harns änderte sich jetzt, etwa 3 Monate vor dem Tode, und wurde plötzlich dunkelrosarot; die Reaktion war schwach sauer, Indikan- und Diazoreaktion fielen negativ aus. Man dachte zunächst an beginnende Menstruation, die Untersuchung zeigte aber, daß es Indigorot war, das sich im frisch entleerten Harn bereits frei, suspendiert vorfand, ein sehr seltenes Vorkommnis.

Grätzer (Sprottau).

M. N. Schewandin: Ein Fall von Sarkom eines in der Bauchwunde retinierten Hodens. (Chirurgija, 1904, Bd. 15, No. 87).

33jähriger Patient, Aufnahme wegen einer Geschwulst im Abdomen. Klinische Diagnose: Sarkom des Mesenteriums und des Hodens. Probelaparotomie: der Fall erwies sich als inoperabel. Bei der Sektion fand man

Digitized by Google

einen Tumor des in der Bauchhöhle retinierten rechten Hodens; die Geschwulst erwies sich als ein peritheliales Angiosarkom.

M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf.

M. Jordan: Zur Pathologie und Therapie der Hodentuberkulose. (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. I, Heft 3).

J. verficht die Ansicht, daß die Hodentuberkulose primär vom Blute ihren Ursprung nimmt. Beweis für die hämatogene Entstehung ist z. B. das Resultat der Operationen, die recht oft zur Dauerheilung führen, ferner die häufigen Erfolge der konservativen Behandlung (Ruhigstellung, Jodsalbe, tonische Allgemeinbehandlung), das öftere Verschwinden der komplizierenden Schwellungen an Prostata und Samenbläschen ohne direkte Behandlung nach Heilung der Hodentuberkulose, endlich klinische Beobachtungen. So exstirpierte J. mit Erfolg bei einem $2^1/_2$ jährigen Kinde einen tuberkulösen Hoden; etwa $^1/_4$ Jahr später wurde Caries am Ellbogengelenk konstatiert, nach dessen Resektion das Kind bisher (3 Jahre) gesund blieb. Sonstige Herde fehlten also.

Als Prinzip der Behandlung da, wo Erhaltung der Potentia generandi als Gesichtspunkt in Betracht zu ziehen ist, stellt J. auf: partielle Excision mit möglichster Entfernung alles Krankhaften, daneben Allgemeinbehandlung.

Grätzer (Sprottau).

M. Boisseau: Traitement de l'incontinence d'urine par la ponction lombaire. (Semaine médicale Nr. 18, 4. mai 1904.)

M. Sicard: Injections epidurales et sous arannoïdiennes contre l'incontinence d'urine. (Semaine médicale Nr. 20, 18. mai 1904.)

Boisseau erzielte in 3 Fällen von incontinentia urinae nocturna Heilung durch Entnahme einer mehr oder weniger großen Menge von Cerebrolspinalflüssigkeit (15—20 cc.) vermittelst Lumbarpunktion, ebenso in einem Falle von spasmodischer Paraplegie mit Incontinenz.

Sicard machte bei 3 Kranken mit Incontinentia urinae epidurale Injectionen mit physiologischer Kochsalzlösung in der Menge von 5 bis 15 cc. alle 8—14 Tage während 3 bis 4 Monaten. 2 wurden geheilt, 1 gebessert. 6 Syhilitiker mit Sphincterstörungen centralen Ursprunges wurden mit subarachnoidealen Injectionen einer schwachen wässrigen Sublimatlösung 0,001 – 0,002 mgr., der vorher aspirirter liquor cerebrospiralis beigemengt war, behandelt. Während 3 bis 4 Monaten wurde alle 10—12 Tage eine Injection gemacht. Besserung erfolgte in 4 Fällen; 2 Patienten entzogen sich der Behandlung.

In 2 Fällen von tabes versagt diese Methode. Palm-Berlin.

A. A. Berg-Neujork: Beitrag zur radikalen Operation bösartiger Neubildungen der Blase. (Ctrbl. f. Chir. 1904, Nr. 21).

Unter Radikaloperation mit Aussicht auf Dauerheilung ist die gründliche Entfernung der primären Neubildung samt allen infizierten Lymphgefäßen und Lymphdrüsen zu verstehen. An der Hand von zwei, seit Jahresfrist operierten Fällen beschreibt B. eine intraperitoneale Methode, die namentlich in Fällen von Entartung der hinteren Wand und des Fundus der Blase an-

wendbar ist und folgende Vorteile hat: man bekommt einen möglichst freien Zugang zu Tumoren der Hinterwand oder des Fundus der Blase; es ist der einzige Weg zur Entfernung der erkrankten Lymphgefäße und Drüsen entlang der A. iliaca interna; man ist in den Stand gesetzt, den Ureter zu entfernen, im Falle derselbe mitaffiziert ist, und ihn entweder wieder in die Blase oder in den Ureter der anderen Seite zu inplantieren; Minutiöse Vereinigung der Blasenwand ist leichter zu bewerkstelligen; es ergiebt sich die Möglichkeit einer ausgezeichneten Drainage nach abwärts.

Die operierten Fälle betrafen eine 32jähr. Frau mit Karzinom der Blase, des Uterus, der Vagina und Lig. lata, resp. eine Frau mit ausgebreitetem Karzinom der ersten hinteren Blasenwand, der rechten Fundushälfte und der rechtsseitigen Uretermündung, kompliziert mit Fibroma uteri.

Schwab-Hamburg.

Gustav Kolischer-Chicago: The mechanic movements in the cystoscopic treatment of Kidney and ureteral diseases. (Medicine, January 1904).

Trotz der unstreitigen Erfolge, welche mittels des Ureterkatheterismus bei Affektionen des Harnleiters und der Niere erzielt worden sind, ist doch bisher die Methode bei weitem nicht so oft geübt und geprüft worden, als sie es verdient. Fälle von Pyelitis, besonders gonorrhoischen Ursprungs, heilen unter wiederholten Spülungen des Nierenbeckens, eingeklemmte Uretersteine sind durch den Ureterkatheter allein oder nach Einspritzen von Oel mobilisiert worden, gewisse Fälle von Ureteritis werden durch Ureterkatheterismus und Spülungen des Ureters günstig beeinflußt, Harnleiterstrikturen werden durch Bougieren gebessert, Ureterfisteln durch den Gebrauch eines Daureureterkatheters beseitigt. Verfasser führt aus, daß das mechanische Moment nicht nur bei dieser Heilung von Uretersteinen oder obstruierenden Eiterklumpen das hauptsächliche ist, sondern auch bei den anderen Affektionen die Hauptrolle spielt, der specifische Einfluß gewisser angewandter Mittel z. B. des Argent. nitric. erst in zweiter Linie kommt und vielfach überschätzt wird. Mit sterilem Wasser hat K. die gleichen Erfolge erzielt und hebt vor allem die Besserung der allgemeinen Klagen hervor, die die Kranken auch bei Anwendung indifferenter Flüssigkeiten rühmen. Bei geschwollener Schleimhaut des Ureters und der Unmöglichkeit, den Katheter vorzuschieben, hat sich dem Verf. gelegentlich der decongestionierende Einfluss des Adrenalins gut bewährt. Für die gefundenen Tatsachen bringt K. als theoretische Erklärung die Möglichkeit vor, daß die Ablagerung von Eiter und Zellentrümmern an der Wand des Harnleiters und die in ihnen stattfindenden Zersetzungen durch die mechanische Entfernung beseitigt werden und sich der Kranke dadurch schnell besser fühlt, auch wenn die ursprüngliche Störung nicht besonders dadurch beeinflußt wird.

Blanck-Potsdam.

B. Vas-Pest: Das Verhältnis des Diabetes zu den Albuminurien, beziehungsweise zu den Nierenerkrankungen. (Budapesti Oroosi Ujság 1903, Nr. 28).

69—81 % von allen Diabetesharnen enthalten auch Eiweiß, V. fand bei

Digitized by Google

1811 Fällen von diabetes 1407 mal Albumen. Er unterscheidet 3 Arten von Diabetes-Albuminurie:

1., Fälle, bei denen weder klinisch noch morphologisch eine Struktur-Veränderung der Niere nachzuweisen ist.

2., Fälle, bei denen klinische Symptome der Nephritis fehlen, bei denen aber Formalamente gefunden werden, die auf Nephritis hinweisen.

3., Fälle, welche klinisch und morphologisch die Symptome der Nephritis aufweisen.

Vas fand in 17,58% seiner Fälle Formalemente im Harn, er weist auf die Schwierigkeit der Erklärung und auf die Bedeutung des Umstandes hin, daß bei Auftreten von Eiweiß im Harn der Zuckergehalt zuweilen sinkt, was zu therapeutischen Irrtümern führen kann. Bernhard Schulze-Kiel.

Josef Léval-Budapest: Ueber die operative Behandlung der Hydrocele vaginalis. (Pester med.-chirurg. Presse 1904, Nr. 1.)

L. machte an 80 Patienten bei Hydrocele die Punktion mit nachfolgender Injection von 5—20 g Tinct. jodi oder Lugolscher Lösung, er ist mit dem Resultat dieser Operation sehr zufrieden und zieht die Methode der Radikaloperation vor, da bei der Punktion mit Injection eine volle Restitutio ad integrum erreicht wird. Die heutigen Operationsmethoden opfern einen kleineren oder größeren Teil der Tunica vaginalis auf (Volkmann und Bergmann) oder es wird die seröse Membran umgestülpt und der Hoden außerhalb desselben gelagert (Winkelmann). Jedenfalls werden die anatomischen Verhältnisse wesentlich abgeändert. Prinzipiell ist demnach die Injektion von Jodtinktur rationeller, als die blutigen Operationsmethoden. L. schildert dann genau die Methode, die er, seinem Lehrer Kovacs folgend, anwendet, und die nichts Neues bietet.
Bernhard Schulze-Kiel.

Albarran (Paris): Über Blutungen aus der Urethra und der Prostata. (Allgem. Wiener mediz. Zeitung Nr. 13, 1904).

Der kurze Aufsatz des berühmten französischen Urologen (der „Médizine moderne" entnommen) behandelt in Kürze die bei Blutungen aus den Harnwegen bewährteste Methodik der Fragestellung, durch deren Beantwortung man am besten und schnellsten zur Diagnose gelangt. Es sind diese Fragen: erstens, ist das, was die Kranken verlieren, wirklich Blut; zweitens, stammt das Blut tatsächlich aus den Harnwegen, und drittens, was ist die Ursache der Blutung und welcher Abschnitt des Harnapparats ist Sitz derselben? Für die Beantwortung dieser drei Fragen giebt Verf. die notwendigen Anhaltspunkte, die zu kennen für jeden Praktiker notwendig und nützlich ist. Es wäre schade, wollten wir den kleinen lehrreichen Aufsatz durch Extrahierung der Details zerstückeln, es lohnt sich, ihn im Original zu lesen.
Blanck-Potsdam.

F. A. Suter: Über einen autochthonen Paraurethralstein aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia. (Genfer chir. Klin. des Prof. G. Julliard) (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 72. Bd., H. 4—6).

S. schlägt, um die Differenzen über die Nomenklatur zu vermeiden,

Digitized by Google

die Unterscheidung in autochthone, heterochthone und amphichthone Urethralsteine vor. — Den wenigen Fällen von Harnsteinen in echten und falchen erworbenen Divertikeln fügt Verf. eine neue Beobachtung hinzu, wobei es sich um einen Stein in einem vollständig abgeschlossenen, neben der Urethra gelegenen Hohlraum bei einem 70jähr. Manne mit gonorrhoischer Striktur und einer vor 13 Jahren durch Einführen eines Grashalmes in die Urethra gesetzten Verletzung der Harnröhrenschleimhaut handelte, wozu als drittes wichtiges ätiologisches Moment hinzukam: der in die Urethra eingeführte Fremdkörper konnte damals nicht mehr zurückgezogen werden; er gelangte wahrscheinlich in die Blase und rief einen heftigen Blasenkatarrh hervor; damit war ein neuer, für die Bildung eines Harnkonkrementes förderlicher Faktor hinzugetreten, denn ammoniakalisch zersetzter Urin bildet leicht Niederschläge aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia. Daß es sich um einen in oder neben der Harnröhre selbst entstandenen, autochthonen Urethralstein handelte, dafür sprach vor allem der Umstand, daß Pat. niemals die geringsten Symptome von bestehenden Blasen- oder Nierenkonkretionen zeigte. Ferner war die Form des Steines die charakteristische der Urethralkonkremente: länglich, leicht birnförmig; sein Kern etwas exzentrisch, dem breiten Ende näher stehend; eine deutliche exzentrische Schichtung war nicht zu erkennen. — Operation mit gutem Erfolg. Schwab-Hamburg.

W. J. Gusseff (Moskau): Über ein einfaches Verfahren zur sicheren Katheter-Sterilisierung. (Ctrlbl. f. Gynäk. 1904, No. 29).

Sterilisieren durch Auskochen in 1% g. Sodalösung ist sicher und verdirbt auch Gummisachen nicht, erfordert aber erheblichen Zeitverlust, wenn der Arzt die Sterilisierung selbst vernehmen will; wird dieselbe aber dem niedrigen Personal überlassen, so fehlt jede verläßliche Kontrolle. (? Ref.)

Wegen der Zerbrechlichkeit der Glasinstrumente sieht G. von dem Gebrauche derselben ab und ersetzt sie durch Metallkatheter in einem Nickelrohr von 12 mm, 21 cm lang, welch letzteres mit einem Wattebausch verschlossen ist, dieser wird durch zwei, kreuzweise in Löchern am oberen Ende des Rohres befestigte, Drähte gehalten. Sterilisierung im Autoklaven oder Trockenschrank. Preis des Rohres 60 Pfg. Schwab-Hamburg.

Josionek (Mildenau-Wiesenbad): Mineralwasserkuren bei Kindern. (Deutsche Medizinal-Ztg. 1904, No. 67).

J. bedauert, daß von Mineralwasserkuren so wenig Gebrauch gemacht wird in der Kinderpraxis, wo doch manche Indikationen dazu vorliegen und schöne Erfolge bei gewissen Krankheitszuständen zu erzielen sind. So beim Harnsäureinfakt der Neugeborenen. Hier hat J. mit Wildunger Helenenquelle und Fachinger prompt einwirken können; er gibt diese Brunnen bei Flaschenkindern als Milchzusatz, bei Brustkindern ungemischt. Auch bei dem oft daraus hervorgehenden Blasenkatarrh, auf dem nicht selten das „Wasserschneiden" der Kinder beruht, tut solche Kur die besten Dienste, nicht minder bei Nephritiden, wie sie sich so oft bei Kindern nach akuten Infektionskrankheiten entwickeln. Grätzer-Sprottau.

Digitized by Google

Max Joseph (Berlin): Ungewöhnlich lange Incubationsdauer der Gonorrhoe. (Dermatolog. Centralblatt N. 10 u. No. 11, 1904.)

J. teilt einen Fall von Gonorrhoe mit, welche nach einer Incubationsdauer von 15 Tagen auftrat, und regt an, solche ungewöhnlichen Incubationszeiten im Interesse für die Pathologie der Gonorrhoe zu veröffentlichen. — Der Referent berichtet von einer 14 tägigen Incubationsdauer, die er bei einem Kollegen beobachtete. Schourp-Danzig.

M. Margulies (ordinierender Arzt der Urologischen Abteilung des Israelitischen Hospitals zu Odessa): **Beitrag zur Frage des Priapismus.** (Russki Journal Koschnich in Veneritscheskich Bolesney, Januar 1904).

Verf. berichtet über einen Fall von Priapismus, der sowohl durch seine enorme Dauer wie auch durch das ätiologische Moment ganz besonderes Interesse beansprucht. Der krankhafte Zustand hat 43 Tage angehalten, wobei der Penis in den ersten 25 Tagen sich im Zustande höchster Spannung befand, während innerhalb der letzten 17 Tage die Spannung sehr langsam und allmählich nachließ, um schließlich vollständig zu verschwinden. Bezüglich der Aetiologie konnte mit absoluter Sicherheit nachgewiesen worden, daß der Priapismus im vorstehenden Fall durch eine Erkrankung des Rückenmarks bedingt war. Da aber Symptone von stark fortgeschrittener Lues cerebrospinalis bestanden, so hatte man volle Veranlassung, auch den Priapismus als ein weiteres Symptom des an der Stelle der Lokalisation des Erektionszentrums vor sich gehenden syphilitischen Prozesses zu deuten. Außerdem konnte aus diesem Falle gefolgert werden, daß die Annahme von dem Bestehen zweier besonderer Zentren für die Erektion und für die Ejakulation gerechtfertigt ist: nachdem nämlich der Patient von dem Priapismus genesen war, waren bei demselben, wie die 5 Monate lang geführte Beobachtung ergab, fast gar keine Erektionen vorhanden, während die Ejakulation in keiner Beziehung irgendwelche Abweichungen von der Norm zeigte. Von weiterem Interesse ist die Tatsache, daß sämtliche therapeutischen Massnahmen fehlschlugen: die Erektion blieb hartnäckig bestehen, trotzdem alle möglichen Mittel zur Anwendung gelangten; nur nach und nach gingen die lästigen Symptome zurück. Auch die spezifische Behandlung, die in Berücksichtigung der syphilitischen Natur der Erkrankung eingeleitet wurde, blieb ohne besondere Wirkung. Sie dürfte wohl höchstens ein rascheres Verschwinden der krankhaften Erscheinungen bedingt haben.

M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf.

Renault, Alex.: „De l'état constitutionnel des Rheumatisants blennorhagiques". (Annales de Dermatologie Nr. 2, Févr. 1904.)

Renault führt in dieser Arbeit aus, daß die arthritis gonorrhoica hauptsächlich bei solchen Individuen auftritt, die an einer Konstitutionsanomalie leiden, die die Franzosen mit dem Ausdruck „Arthritisme" belegen. Von 20 Patienten, die an arthritis gonorrh. erkrankt waren, hatten 15 schon die Anlage zu rheumatischen Gelenkaffektionen. Der Gonococcus bildet allerdings die nähere Veranlassung, aber nur deshalb, weil er einen günstigen Boden zu seiner Entwicklung und Einwirkung findet, der erst recht durch und

Erkältung und Überanstrengung geschaffen wird. Vielleicht spielen auch die Toxine des Gonoccocus, über deren Dauer und Wirkung im Körper nach dem Verschwinden des Gonoccocus noch nichts bekannt ist, eine Rolle. — Notorisch ist, daß gerade Arthritiker leicht Tripper acquirieren, die sich durch häufige Recidive und durch Hartnäckigkeit auszeichnen. Palm-Berlin.

M. Rist: Sur quelques cas de balanite à microorganismes strictement anaérobies. — (Société française de dermatologie, 11. Avril 04.)

Die balanoposthitis verdankt ihre Entstehung nicht den gewöhnlichen Eiterungserregern, sondern, wie die appendicitis, mastoitis, pleuritis putrida, bartholinitis etc., anaeroben Bakterien, wie daraus hervorgeht, daß die gewöhnlichen Nährböden bei Beschickung mit dem Eiter der balanoposthitis fast stets steril bleiben, daß dagegen die nach der Methode von Veillon des Sauerstoffs entbehrenden Nährböden reichlich Kulturen von Mikroorganismen zeigen. Die Existenz dieser anaeroben Keimen erklärt die Etablierung der balanoposthitis an den bedeckten Teilen der glans und als die beste Therapie die Entblößung derselben. Palm-Berlin.

Gaucher et Rostaine: Gommes de l'urèthre et des corps caverneux. (Société fr. de dermatologie, 4. Febr. 1904.)

Patient, vor 3 Jahren inficiert, zeigt eine Ulceration, die vom meatus ext. urethrae bis zum frenulum reicht, eine infiltrierte Basis hat, nicht schmerzhaft und nicht von Drüsenanschwellungen begleitet ist. Außerdem finden sich 6 harte Knoten in den corpora cavernosa penis von der Größe einer Olive, die auf Druck nicht schmerzen. Die Erektion ist mäßig empfindlich und unvollständig, wie bei der corda venerea.

Auf eine spezifische Kur ist in einem Monat fast vollständige Heilung eingetreten, allerdings mit Verlust der ganzen weiteren Wand der urethra vom frenulum bis zum meatus ext. Palm-Berlin.

Dr. Marcel Sée (Paris): Chancres syphilitiques à sièges insolites. (Le Progrès médical, 1904, Nr. 8).

Bei einem Manne beobachtete Sée einen Schanker an der Außenseite des linken Oberschenkels; bei 2 Frauen saß der Schanker auf dem behaarten Kopfe. Wegen häufigen Vorkommens von extragenitalen Schankern kann man von der Syphilis sagen, sie wäre die am wenigsten venerische der venerischen Krankheiten. Immerwahr-Berlin.

Prince A. Morrow: Syphilis und das Berufsgeheimnis des Arztes. (Transactions of the American Dermatological Association 27 th. Annual Meeting Washington 1903.)

Einer der schwersten Konflikte auf den Grenzgebieten der Ethik und des Rechts ist die Frage, wie der Arzt handeln soll in den Fällen, wo es sich um die Übertragung der Syphilis und um all die fürchterlichen Konsequenzen, die hieraus resultieren, handelt. Das Gesetz schreibt Berufsgeheimnis vor, aber in manchen Fällen dürfte auf diese gesetzliche Verpflichtung der alte Spruch Anwendung finden „fiat justitia, pereat mundus." In obigen Verhandlungen

Digitized by Google

der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft findet diese aktuelle Frage eine überaus eingehende Behandlung und, um es bald vorweg zu nehmen, die Gesellschaft stellt sich auf den Standpunkt, daß das Berufsgeheimnis in allen Fällen bis zu den äußersten Konsequenzen zu wahren sei. Motiviert wird dies damit, daß die Wahrung des Berufsgeheimnisses einzig und allein die Garantie in sich birgt, daß der Kranke den Arzt aufsucht, daß er im Verlaufe latenter Stadien der Erkrankung fachgemäße Urteile erhält etc. etc. Ebenso peinlich ist die Diskretion da durchzuführen, wo die Behandlung nach Eingehung der Ehe beginnt, und es wesentliche Aufgabe des Arztes ist, die Verbreitung der Krankheit auf Unschuldige zu verhindern; auch hier muß — unter Zugrundelegung des Berufsgeheimnisses — alles getan werden, was ärztlicherseits zur Behandlung der Krankheit und zur Eindämmung der Verbreitung erforderlich ist. J. Marcuse-Mannheim.

Ludwig Waelsch (Prag): Paranoische Zustände bei Syphilis. (Prager medizinische Wochenschrift Nr. 14, 1904).

Während die Zustände melancholisch-hypochondrischen Charakters bei Syphilis öfters vorkommen, sind geistige Störungen bei der Krankheit seltener und fast garnicht beschrieben, wie Verfasser in zwei Fällen beobachten konnte, bei denen es sich um Verfolgungsideen handelt, die sich nach einem Stadium des Beziehungswahnes entwickeln und in ihrem Symptomkomplex dem Krankheitsbilde des Paranoia entsprechen. Im ersten Falle bildeten sich die Verfolgungsideen im Anschluß an einen, zwei Jahre nach der Infektion vorgenommenen Koitus aus, durch den der Kranke dann glaubte, das betreffende Mädchen infiziert zu haben und nach dem sich bei ihm die Vorstellung immer mehr verdichtete, dieserhalb überall von der Polizei verfolgt zu werden. Völlige Genesung erfolgte nach einer Kur in Bad Hall. Im zweiten Fall setzten die Symptome sofort mit dem Auftreten des Primäraffekts bei einem neurasthenischen Manne ein und bestanden in Wahnvorstellungen, die sich zusammen mit melancholisch-hypochondrischen Zuständen derart steigerten, daß eine Internierung in einer Anstalt notwendig wurde, durch welche ein auf den zuerst behandelnden Arzt beabsichtigter Angriff und ein geplanter Selbstmord verhütet wurde. Blanck-Potsdam.

L. Grünfeld: Zur Abhaltung populär-medizinischer Vorträge. = Separatabdruck. =

Der Verfasser gibt hierin eine recht geschickt zusammengestellte Anleitung zur Abhaltung populärer Vorträge, insbesondere über erste Hilfe, Krankenpflege, Tuberkulose, Alkoholfrage und schließlich auch über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Die wichtigsten, hierbei in Betracht zu ziehenden Punkte werden in Form einer knappen, aber scharf skizzierten Disposition formuliert und damit ein Gerippe des Vortrags entworfen, an dessen Hand eine weitere Ausarbeitung und Ausführung außerordentlich leicht ist. Allen denjenigen, die im Dienste medizinischer Aufklärungsbestrebungen werktätig mitarbeiten, sei die vorliegende Arbeit, die leider kein Signum ihres erstmaligen Erscheinens trägt, warm empfohlen.

J. Marcuse-Mannheim.

Digitized by Google

III. Besprechungen.

Auguste Létienne et Jules Masselin: Précis d'Urologie clinique. (Paris, C. Naud, 1904.)

Auch für deutsche Leser wird das neueste Werk der beiden französischen Autoren, der kurze Leitfaden der klinischen Urologie, von großem Interesse sein, weil sich in deutscher Sprache dem genannten Werke kein Lehrbuch über denselben Gegenstand in gleicher Vorzüglichkeit an die Seite stellen kann. Die Verfasser stellen nicht nur die nackten chemischen und urologischen Tatsachen hin, sondern verstehen sie in äußerst faßlicher Weise mit den allgemeinen Lebenserscheinungen des gesunden und kranken Organismus in Verbindung zu bringen. Der erste Teil enthält eine, in ihrer Einfachheit und Klarheit der Darstellung ganz vorzügliche Beschreibung der Anatomie, Histologie und Physiologie des Harnapparates. Um ganz vollständig zu sein, fehlt nur noch eine Darstellung der Entwicklungsgeschichte der Nieren. Nach einer Charakterisierung des physikalischen Verhaltens des normalen Urins, wird sodann seine chemische Zusammensetzung genau besprochen. Hier ist vor allen Dingen die äußerst klare Darstellung aller chemischen Untersuchungsmethoden hervorzuheben. Nichts wird als bekannt voraus gesetzt; jedes einzelne chemische Verfahren wird kurz, aber vollständig geschildert, so daß man nach Anleitung der Verfasser leicht in der Lage ist, alle Untersuchungen nachzuprüfen.

Im zweiten Teile werden die pathologischen Bestandteile des Urins eingehend in ihrem Verhalten geschildert. Hervorzuheben ist besonders der letzte Abschnitt dieses Teils, in dem noch einmal zusammenfassend die einzelnen pathologischen Urintypen, — der febrile Urin, der anaemische, der nerveuse, gastro-enterische, hepatische u. s. w. — dargestellt sind.

Der dritte Teil umfasst die klinischen Untersuchungsmethoden der Niere. Die Toxicität des Urins, die Permeabilität der Nieren, die Kryoskopie und die Trennung des Urins beider Nieren. Hier ist es hauptsächlich das interessante und schwer darzustellende Gebiet der Kryoskopie, welches in ungemein klarer Weise erörtert wird.

Im vierten Teile werden die Mikroben und Parasiten des Urins behandelt. Das Buch ist in gleicher Weise dem Studenten der Medizin im klinischen Semester wie dem praktischen Arzte zu empfehlen. Ersterer findet darin eine vorzügliche Zusammenstellung alles in der Urologie Wissenswerten in leicht faßlicher Darstellung, letzterer wird sich in manchen schwierigen Fällen Belehrung und Anregung zum besseren Verständnis der klinischen Erscheinungen aus ihm holen können. Eine Übersetzung des vorzüglichen Werkes würde sicher auch in Deutschland viele Abnehmer finden. J. Meyer, Lübeck.

Prof. Dr. E. Heinrich Kisch: Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung. (Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 1904. [I. Abteilung. 240 S. Preis 6 Mark (7 K. 20 h.)].)

Eine umfassende Darstellung der Physiologie und Pathologie des weiblichen Geschlechtslebens aus der Feder eines, das große Gebiet beherr-

schenden Gelehrten entspricht einem dringenden Bedürfniß. Wir werden zur Zeit überflutet von Broschüren und Zeitschrift-Aufsätzen, welche über die Vorgänge des Sexuallebens sich ausbreiten und die schwierigsten Probleme im Handumdrehen lösen. Laien, Halblaien und auch einzelne Gelehrte überbieten sich im Absprechen über Fragen, bezüglich deren noch fast alles im Dunkeln liegt und nur Ärztinnen und Frauenärzte vorläufig in der Lage sind, einigermaßen zu urteilen; kaum ist es mehr möglich, sich in dem Urwald der ohne jede gefestigte Grundlage aus dem Boden vorgefaßter Meinungen, willkürlicher Behauptungen und selbstbewußten Docktrinarismus hervorgeschossenen Literatur zurechtzufinden. So ist es ein dankenswertes Unternehmen, wenn ein als Gelehrter seit Langem mit den Fragen des Geschlechtslebens befaßter, durch langjährige Praxis und Lebenserfahrung gereifter Arzt es versucht, in einem groß veranlagten Werk (dessen erster von 4 in Aussicht stehenden Teilen vorliegt), eine wissenschaftliche Unterlage zu bieten, aus welcher künftige Bearbeiter einzelner Fragen lernen und sich Rat holen können. Das Unternehmen ist allerdings ein so großes, daß es kaum möglich erscheint, es auf den ersten Wurf zu verwirklichen; wie weit das hier gelingen wird, kann erst die Kenntnis des abgeschlossenen Werkes zeigen. Jedenfalls wird man bei der Beurteilung der Neuheit des Themas und seines immensen Umfanges Rechnung tragen und Einzelheiten in der Auswahl des Materials oder in der Anordnung des Inhaltes, wo wir vielleicht dies oder jenes anders uns vorstellen, von der Kritik ausschalten müssen, dankbar dem Verfasser, der den Mut gehabt hat, sich daran zu wagen.

Bücher wie das vorliegende können auf 2 Arten grundlegend werden: entweder durch die Unterlage neuer wissenschaftlichen Thesen und Methoden oder durch die vollständig erschöpfende Gruppierung des Materials. Beispiele der ersten Art bilden „Virchow's Cellularpathologie", durch welche die humoralpathologische Lehre abgelöst wurde oder „Niemeyer's Handbuch der Pathologie" in welchem durch die Aufstellung der Infektionskrankheiten als Sondergruppe in der Anordnung des klinischen Lehrmaterials eine neue Richtung, der alsbald alle späteren Handbücher folgen mußten, vorgezeichnet ist. Ihnen gegenüber stehen Nachschlagbücher etwa das bekannte „Posner-Simon'sche Handbuch der Arzneimittellehre", ein Buch, das wegen der Vollständigkeit des Materials sich unentbehrlich gemacht hat. Kisch's Werk scheint nach der vorliegenden Abteilung vorwiegend in der letzteren Richtung einen dauernden Wert zu erhalten; das wird besonders dann der Fall sein, wenn dasselbe — wie wir annehmen — zum Schluß eine quellenmäßig geordnete Aufstellung des riesigen, von dem Verfasser zitierten Literaturmateriales bringen wird. Mit einem wahren Bienenfleis ist — neben dem Studium der bekannten großen Werke von Krafft-Ebing, Moll u. s. f., — ein riesiges Material kasuistischer und spekulativer Angaben zusammengetragen. Damit verbunden ist aber ein wertvolles Material aus dem reichen Erfahrungsschatze des Autors über Fragen, in deren Bearbeitung er sich schon lange in der Wissenschaft einen guten Namen gesichert hat: über Herzstörungen in der Zeit der Reife, und während der Periode; über uterine Dyspepsie u. a. m. So wird man neben einem reichen Quellenmaterial auch nützliche Belehrung nach mehr als einer Richtung finden.

Digitized by Google

In der Einteilung des Stoffes sucht Kisch sich an die natürlichen Merksteine des weiblichen Geschlechtslebens zu halten: das Auftreten der Menstruation (Menarche), die volle Entfaltung der sexualen Tätigkeit (Menacme) und das Aufhören der Menstrualfunktion (Menopause). Besondere Kapitel sollen drei Fragen gewidmet werden, die bei der Beleuchtung dieser Lebensphasen in der sonstigen ärztlichen und biologischen Literatur weniger ausgiebig oder nicht zusammenfassend behandelt sind: Geschlechtstrieb, Kohabitation, Fruchtbarkeit, Sterilität, Praeventivverkehr, Geschlechtsbestimmung, sexuelle Hygiene. In der vorliegenden I. Abteilung sind die Periode der Menarche, die Menstruation in ihren Beziehungen zum Geschlechtstrieb, der Geschlechts- (besser Begattungs-) trieb und die Physiologie und ein Teil der Pathologie der Menacme behandelt. Es läßt sich nicht leugnen, daß diese Anordnung, bei der allerdings manche Wiederholung unvermeidlich war, wenn z. B. der ausgiebigen Darstellung des ersten Eintrittes der Menses und ihres Verlaufes oder Ausbleibens in der Reifezeit, die nochmalige Erwähnung in der Darstellung der Lehre von der Menstruation folgt. An manchen Stellen hätten wir eine etwas strengere Kritik gewünscht; der liebenswürdige Autor hat, wie es uns scheint, es nicht über sich vermocht, einander widersprechende Darstellungen durch kritische Gegenüberstellung auf einheitliche Grundlage zurückzuführen. Manchmal ergeben sich daraus störende Gegensätze, z. B. S. 31., wenn es heißt: „in der gemäßigten Zone währt das Geschlechtsleben des Weibes länger als in den kälteren und subarktischen Regionen", während die vorhergehende Tabelle für Norwegen 32, für Frankreich 29,1 Jahre der Menstrualdauer ergibt; oder S. 143. Z. 12 v. u. „eine ausgesprochene", der menschlichen ähnliche menstruale Blutung kommt unter den Tieren nur bei den Affen vor". Z. 2 v. u.: „Die Begattung findet beim Tiere während der Zeit des menstrualen Blutflußes statt". Bei dieser Gelegenheit sei auf zwei störende Druckfehler aufmerksam gemacht: S. 138 bei einer, von Krieger entnommenen Tabelle über die Dauer der Periode, wo in der 4. Zeile st. 38 doch nur 18 Tage zu lesen sind — und S. 291, statt Hämaphrodisie — Hermaphrodisie.

Von besonderem Interesse erscheint die Stellung des Verfassers zu der heutigen Frauenbewegung, soweit in dieser Frage das Sexualleben eine Rolle spielt. Für diejenigen, welche der absoluten Gleichstellung der Geschlechter im Hinblick auf das Geschlechtsleben das Wort reden, wird es schwer sein, aus dem tatsächlichen Material des Buches Stützen zu finden. Kisch selbst unterläßt es, Stellung zu nehmen; er stellt die sich widersprechenden Ansichten zusammen. Aber wenn man das von ihm Reproduzierte durchmustert, so wird man anerkennen müßen, daß die Tatsachen unzweideutig eine qualitative Verschiedenheit in dem Wesen der Geschlechter erkennen lassen. Für meine persönlichen Auffassungen, nach welchen ich in den Verhältnissen des Kulturmenschen einen Degenerationszustand sehe, finde ich wertvolles Material in den Angaben über die Beschränkung des sexuellen Verkehrs bei manchen Naturvölkern auf eine kurze Zeit des Jahres u. dgl. m. Im ganzen stellt sich K. der Frauenbewegung nicht sympatisch gegenüber, anscheinend in dieser Frage etwas einseitig unterrichtet. Es sind denn doch nur vereinzelte Extreme, welche die Mutterschaft „als eine die Stellung der Frau herabwürdigende Be-

tätigung" ansehen; ebensowenig, als die freie Liebe im Sinne eines wilden sexuellen Auslebens ernsthafte Vertreterinnen findet. Nach der einen Richtung darf er Gabriele Reuter am wenigsten zitieren, wenn dieselbe einer bestimmten Art von Frauen bezüglich ihrer Furcht vor der Mutterschaft Recht gibt; der Schwerpunkt liegt eben in jener bestimmten Art. Anderseits ist Johanna Elberskirchen nichts weniger als geeignet, in ihrer ausgesprochenen Sondererscheinung als Typus zu gelten. In der Behandlung der Hygiene der Cohabitation, der fakultativen Sterilität u. s. f. wird K. vermutlich auf diese Fragen zurückkommen, so daß wir über die Stellungnahme eines so hervorragenden Kenners des Frauenlebens noch manches Interessante erwarten können. — Vom sozialen Gesichtspunkt interessant sind die an vielen Stellen eingedruckten Angaben über die Verschiedenheit des Verhaltens bei verschieden situierten Bevölkerungsschichten. Zu Gunsten der oberen 10000 als Träger der Erhaltung der Art, als Erzeuger der Blüte der Nation, fallen dieselben nicht aus; sie laßen von Punkt zu Punkt erkennen, wie sehr K., der hier aus eigener Beobachtung spricht, zu diesen Schichten eine fortschreitende Degeneration erkennt.

Es ließe sich noch mancher Widerspruch in Einzelheiten erheben. Es ist mir nicht verständlich, wie es motiviert wird, wenn einmal das absolute Verbot alkoholischer Getränke in der Zeit der Menarche proklamiert wird, wenn dann im Speisezettel für chlerotische recht erhebliche Mengen (2 × tägl. 150 Gramm Wein) vorgeschrieben sind; wenn einmal „das Radfahren als in der Menarche zur Masturbation reizend", ein andermal „als günstige Körperübung in den Menacme" erscheint; wenn einmal an einer Stelle die reizende Berührung der Geschlechter im Sport — z. B. Lawn Tennis — verpönt, dann wieder das Lawn Tennis-Spiel als gesunder Sport — gelobt wird. Auch die Anführung einer so wichtigen angeblichen Tatsache, daß die besonders große Zahl der Selbstmörderinnen vom 16.—21. Jahre auf unbefriedigten Geschlechtstrieb zurückzuführen sei, allein auf Grund einer Angabe Bebel's — der in seinem sonst so verdienstlichen Buch über die Frau manchmal die Tatsachen nicht genügend prüft — kann in einem, für Ärzte bestimmten Buch nicht gebilligt werden. — Bezüglich der dyspeptischen Erscheinungen bei den Menses vermisse ich eine Prüfung der Frage, ob dieselben nicht rein mechanisch durch die Schwellung des Uterus und Druck auf den Mastdarm zu erklären sei statt des Umweges durch Vermittelung nervöser Reizung, die etwa zu oft ätiologisch herbeigezogen wird. Endlich sei noch erwähnt, daß bei den Beratungen der Menstruation am Respirationsapparat letzterer selbst gänzlich ausfällt: es wird von den bekannten Schwellungen der Schilddrüse gesprochen, diese wird man doch höchstens topographisch dazu rechnen können; dagegen fehlt ein Hinweis auf reflektorisches Asthma sowie auf das Vorkommen von Lungenblutungen in der Menstruation. Doch alles das sind untergeordnete Punkte; die Fülle des in dem Buche enthaltenen Materiales erklärt es, wenn kleine Differenzen der Meinung öfters Platz greifen können.

Alles in allem: ein Buch, für das wir unserem Verfasser Dank wissen müssen. Es wird als erstes in seiner Art und als ein Buch von Eigenart seine Stelle in der Literatur einnehmen. Wir sehen der Fortsetzung mit Spannung entgegen. — Die Ausstattung ist eine vortreffliche. Der Wunsch, daß neu

Digitized by Google

erscheinende Bücher in Deutschland, gleich den englischen, geheftet werden, ist so alt, daß man seine Erfüllung nicht mehr erwartet. Die losen Blätter, welche jetzt statt des Buches vor mir liegen, sind mir ein Denkmal angenehmer Belehrung. Prof. Dr. Max Flesch.

Prof. Dr. Eduard Lang (K. K. Primararzt im Allgemeinen Krankenhause in Wien etc.) **Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten:** Mit 85 Abbildungen im Text. (Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1904.)

Das Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten von Lang zerfällt in vier Hauptabschnitte: der erste behandelt den venerischen Katarrh, der zweite das venerische Geschwür, der dritte die venerische Lymphaderitis und der letzte Abschnitt die Syphilis. Es folgen eine Reihe von Ordinationsformeln, ein Verzeichnis der Figuren, ein alphabetisches Sachregister und Errata. Ausgestattet ist das Buch mit 85, zum Teil recht guten Abbildungen.

In dem Bestreben, möglichst kurz sich zu fassen, sind besonders in dem ersten, die Gonorrhoe behandelnden Abschnitte eine ganze Reihe wichtiger Symptome und Komplikationen etwas zu dürftig weggekommen. Wir wollen nur z. B. die Endoskopie, die Urethritis posterior und die Prostatitis erwähnen, deren Darstellung doch eine zu knappe geworden ist. Ganz vermißt haben wir eine Beschreibung der chronischen Prostatitis. In dem Kapitel über die Therapie der chronischen Gonorrhoe wird die Dilatationsbehandlung nach Oberländer überhaupt nicht erwähnt. Wenn auch Lang kein Anhänger der Dilatationsbehandlung ist, so ist es doch nicht angängig, sie in einem Lehrbuche ganz mit Stillschweigen zu übergehen.

Die übrigen Abschnitte des Buches, besonders der über die Syphilis, bringen in aller Kürze alles Wissenswerte.

Die Ausstattung des Buches ist eine gute. Dr. H. Wossidlo.

Dr. W. Scholtz (Privatdozent an der Universität Königsberg i. Pr.): **Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes.** (Verlag von Gustav Fischer in Jena, 1904.)

Wie der Verf. in seinem Vorwort hervorhebt, veranlaßte ihn der Umstand, „daß bisher noch keine erschöpfende Bearbeitung „der Pathologie und Therapie der Gonorrhoe aus der Neisser'schen Schule hervorgegangen" sei, seine Vorlesungen unter obigem Titel zu veröffentlichen. In diesen 12 Vorlesungen bespricht der Verf. — unter Berücksichtigung der neuesten Forschungen — in kurzer, aber sehr klarer Weise alles, was der praktische Arzt von der Pathologie und Therapie der Gonorrhoe wissen muß, und legt dabei besonderen Wert auf eine genaue, wissenschaftliche Diagnose. So hebt er bei der Besprechung der akuten Gonorrhoe die Wichtigkeit der mikroskopischen Diagnose hervor und erläutert ausführlich die Differentialdiagnose zwischen den gonorrhoischen und den bakteriellen bezw. abakteriellen Ausflüssen aus der Harnröhre. Als ganz besonders gelungen möchte Ref. die Vorlesung über die Diagnose der Gonorrhoea chronica ansehen. Hier tritt der Verf. mit großer Energie für eine strenge Scheidung der Begriffe: chronische Gonorrhoe und Urethritis postgonorrhoica chronica ein, die beide den Folge-

zustand des akuten Trippers bilden können. Um die Diagnose: chronische Gonorrhoe stellen zu können, verlangt Sch. unbedingt (und nach Ansicht des Ref. mit vollem Recht) den Nachweis von Gonococcen in dem noch vorhandenen bezw. künstlich herbeigeführten Ausfluß oder in den Filamenten. Gelingt dieser Nachweis auch nach Anwendung der (ausführlich besprochenen Provocationsmethoden und mehrfacher, gewissenhafter Untersuchung nicht, dann liegt eben keine chronische Gonorrhoe, sondern eine chronische Urethritis postgonorrhoica vor. Eine solche Unterscheidung ist nach Ansicht des Verf. um so wichtiger, als die Behandlung dieser beiden Affektionen eine verschiedene ist. Sehr häufig bedarf die postgon. Urethritis nicht nur keiner Behandlung, sondern der Zustand des Patienten kann durch eine solche sogar verschlimmert werden. Ganz analog dieser Auffassung ist der Standpunkt des Verf. gegenüber der Diagnose der gonorrhoischen bez. postgonorrh. Prostatitis chronica. Ebenso streng unterscheidet Sch. die außerordentlich seltene Cystitis gonorrhoica von den die Gonorrhoe so oft komplizierenden Cystitiden aus anderer Ursache und hebt dabei die Irrtümer, denen der oberflächliche Beobachter ausgesetzt ist, hervor.

Bezüglich der Therapie geht aus den Ausführungen des Verf. hervor, daß der Breslauer Schule als oberster Grundsatz das „primum non nocere" gilt. In anschaulicher Weise lehrt uns Sch., wie diesem Gebote in allen Stadien der Gonorrhoe leicht genügt werden kann, ohne daß darunter die energische Bekämpfung der Infektion irgendwie not leidet. Wir müssen die vorsichtige Wahl des jeweiligen Behandlungsmodus umsomehr anerkennen, als diese Schule bestrebt ist, den Tripper sobald als irgend angängig, lokal zu behandeln. Neben einer genauen Besprechung der lokal angewandten Mittel findet auch die innere Behandlung des Trippers an verschiedenen Stellen gebührende Berücksichtigung. Bei der Besprechung der Komplikationen — die Metastasen sind nur kurz erwähnt — dürfte die Behandlung der verschiedenen Formen der Prostatitis ganz besonders interessieren. Verf. schließt die Vorlesungen mit einigen Worten über die Prophylaxe.

Die beste Prophylaxe ist nach des Ref. Ansicht eine gründliche Ausheilung der in Behandlung kommenden Tripper, und dieser Aufgabe sollten nicht nur der Spezialist, sondern auch der praktische Arzt gerecht werden können, was aber leider gewöhnlich nicht der Fall ist. Das „warum" wollen wir hier nicht untersuchen. Für diejenigen praktischen Ärzte aber, welche eine leichte und doch sehr gute Therapie der Gonorrhoe erlernen wollen, dürfte nach des Ref. Ansicht kein Buch so geeignet sein, wie das von W. Scholtz.

Dr. H. Pollock, Freiburg i. B.

W. Stoeckel (Erlangen): Die Cystoscopie des Gynäkologen. (Leipzig, Breitkopf u. Härtel, 1904.)

Der Umstand, daß Erkrankungen und Anomalien der weiblichen Genitalien auch in der Blase Veränderungen hervorrufen, daß oft sogar die Cystoscopie erst die Diagnose oder auch Prognose erkennen läßt und den Weg zu richtiger Therapie angeben kann, zeigt klar, eine wie dankbare Aufgabe es ist, diese Art Sonderstellung der Cystoscopie für den Gynäkologen zu bearbeiten. S. hat dies in einer überaus klaren und ausführlichen Weise

Digitized by Google

getan, die tatsächlich nichts Wissenswertes vermissen läßt und auch demjenigen, der in der jungen Wissenschaft noch gar keine Übung hat, wird sein Buch ein ausgezeichneter Lehrer sein — man muß es ganz lesen, um erst recht zu erkennen, von welcher Wichtigkeit die Cystoscopie für uns sein kann und den Mut zu finden, auch ohne sonstige Anleitung an sie heranzutreten. Da die meisten Frauen auch wegen Blasenbeschwerden zunächst zum Frauenarzt gehen und dieser mit den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden in den weitaus häufigeren Fällen nur eine oberflächliche Diagnose stellen kann, so ist es Pflicht des modernen Gynäkologen, sich mit der Cystoscopie vertraut zu machen und die Zeit wird bald kommen, wo jeder Vollgynäkologe sie beherrscht; ein guter Teil des Verdienstes, diesen Zeitpunkt näher gerückt zu haben, wird man dem S.'schen Buche zumessen können, das auf reiche Erfahrungen gegründet, mit Fleiß ausgearbeitet, in den technischen Einzelheiten einfach, klar und gründlich ist. Von den einzelnen Absätzen seien als besonders gut nur derjenige über Cystitis colli, Cystitis disceccrus, Cystitis tuberculosa, das Kapitel über Fremdkörper (eingewanderte Ligaturen!) Fisteln etc. hervorgehoben. Sehr ausführlich und reich an neuen Beobachtungen ist auch das Kapitel über cystoscopische Befunde bei Erkrankungen in der Nachbarschaft der Blase und überhaupt noch nicht beschrieben sind die S.'schen Befunde der Cystoscopie nach gynäkologischen Operationen, in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Das Buch bedarf keiner weiteren Empfehlung, seine Lektüre ist eine Notwendigkeit für den Gynäkologen. Vogel (Aachen).

W. Malende, Leipzig

Johannisgasse 3, I

Spezial-Buchhandlung für medizinische Litteratur

liefert schnell und prompt im In- und Ausland erschienene medizinische Werke

und sichert sorgfältigste Ausführung jedes Auftrages zu.

Anfragen finden umgehende Erledigung.

Kataloge überallhin gratis und portofrei.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Digitized by Google

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—)
Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 12. **Dezember 1904.** Jahrgang I.

Inhaltsübersicht.

I. **Originalarbeiten:**
1. *M. v. Margulies-Odessa*: „Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen." (Schluß.)
2. *L. Weil-Stuttgart:* „Quartalsbericht über Nierenkrankheiten." (Schluß.)

II. **Referat:**
Ed. Orlipski-Halberstadt: Ein Beitrag zur Frage: „Gibt es gonorrhoische Exantheme?"

III. **Besprechung:**
Herbst: Erprobte Schutzmittel.

I. Originalarbeiten.

Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen.

Von **M. v. Margulies,** ordinierender Arzt der urologischen Abteilung des Israelitischen Krankenhauses zu Odessa.

(Schluß.)

6 Fall. Die 33 jährige Patientin I. N. wurde am 28. Dezember 1900 aufgenommen. Sie klagte über heftige Schmerzen in der linken Seite und ab und zu über schmerzhafte und frequentere Harnentleerung. Die Patientin gab an, schon seit einigen Jahren krank und in der verflossenen Zeit als gynäkologische Kranke in Behandlung gewesen zu sein; sie hat trotz aller möglichen Behandlungsmethoden keine Besserung wahrgenommen, sondern die Schmerzen haben in der letzten Zeit immer mehr und mehr zugenommen, die Anfälle sind immer häufiger und ausserordentlich heftig geworden. Die Patientin stammt aus gesunder Familie. Ihre Eltern sind am Leben, der eine Bruder starb jung an irgend einer Brustkrankheit. Menses seit dem

Digitized by Google

16. Lebensjahre, regelmäßig. Im 19. Lebensjahre heiratete die Patientin. Nach der ersten Geburt kam es zu einer ziemlich heftigen Blutung, die eine Auskratzung der Gebärmutterhöhle erforderlich machte. Im ganzen hat die Frau viermal geboren, zum letztenmal vor $3^1/_2$ Jahren. Die Patientin gibt an, nach den Geburten nicht krank gewesen zu sein. Im allgemeinen hat sie sich stets einer vorzüglichen Gesundheit erfreut, mit Ausnahme von selten auftretenden Fieberanfällen. Vor einigen Jahren stellten sich ohne jegliche sichtbare Veranlassung in der linken Seite Schmerzen in Form von Kolikanfällen ein. Die Schmerzen traten unabhängig davon auf, ob die Patientin sich bewegte oder ruhig lag; zugleich wurde der Harn trübe, der Harndrang etwas frequenter und schmerzhaft. Die Anfälle waren zunächst mäßig, hielten nicht lange an und wiederholten sich nach ziemlich langen freien Intervallen. Mit der Zeit wurden aber die Anfälle immer heftiger, andauernder und kamen in den letzten 2—3 Monaten zweimal wöchentlich, wobei sie bisweilen 48 Stunden anhielten und unerträgliche Schmerzen verursachten.

Die Patientin ist gut genährt und ebenso gebaut. Fettpolster gut entwickelt. Organe normal. Rechte Niere weder palpabel noch schmerzhaft auf Druck, linke Niere gleichfalls nicht palpabel, aber auf Druck schmerzhaft, desgleichen der linke Ureter. Die von Dr. Mandelstamm ausgeführte gynäkologische Untersuchung ergab ein negatives Resultat. Harn sehr trübe. Tägliche Harnquantität normal.

Am Tage nach der Aufnahme in das Krankenhaus bekam die Patientin einen sehr heftigen Kolikanfall: sie war sehr unruhig, stöhnte immerfort, ihr Aussehen war deprimiert. Die Untersuchung der Nieren ist sehr schmerzhaft, wobei gleichsam der untere Rand der Nieren zu fühlen ist. Temperatur normal. Harn trübe. Der Anfall hat $1^1/_2$ Tage gedauert und die Kranke vollständig erschöpft. Nach einem Intervall von 2 Tagen stellte sich ein neuer Anfall ein, der aber weniger heftig war. Nach 3 Tagen wiederum ein Anfall. Am 11. Januar wurde die Cystoskopie ausgeführt. Kapazität der Harnblase normal, Blasenschleimhaut desgleichen. Öffnungen der beiden Ureteren gut ausgesprochen. Die linke Öffnung ist etwas größer als die rechte, um die Öffnung des linken Ureters herum zeigt die Blasenschleimhaut mit Blut unterlaufene Stellen. Ich machte den Versuch, die linke Niere zu katheterisieren. Die Einführung des Katheters in den Ureter gelang sehr leicht; als aber der Katheter ungefähr bis zum oberen Drittel des Ureters vorgedrungen war, stieß man auf ein Hindernis, welches sich trotz aller Anstrengungen nicht überwinden ließ, so daß der Katheter entfernt werden mußte.

Am 14. Januar wiederholter Anfall, die Kranke stöhnte immerfort, eine Morphiuminjektion verschaffte ihr keine Beruhigung.

Am 15. Januar verspürte die Patientin plötzlich ein Gefühl, welches, wie sie erzählte, an das Gefühl erinnerte, welches man bei plötzlicher spontaner Eröffnung eines Abzesses verspürt; die Schmerzen hörten sofort auf, und die Kranke fühlte eine große Erleichterung. Der am Morgen gelassene Harn zeigte einen bedeutenden Eiterniederschlag.

Von der Vermutung ausgehend, daß das Hindernis, welches die Einführung des Katheters in die Niere behinderte, mit dem Gefühl des „Durchbruchs" vielleicht tatsächlich verschwunden ist, versuchte ich wieder die Niere zu katheterisieren, und diesmal gelang der Versuch ohne Schwierigkeiten. Ich ließ den Katheter 24 Stunden liegen, wobei die Patientin nur mäßige Schmerzen hatte. Der Harn der kranken Niere wurde gesondert aufgesammelt, während der Harn der gesunden Niere in der Weise gesammelt wurde, daß die Blase alle 3 Stunden mittelst eines Nelaton-Katheters entleert wurde. Die Analyse des gesondert aufgefangenen Harns beider Nieren ergab:

	Rechte Niere. Harnblase.	Linke Niere. Nierenkatheter.
Menge	840 ccm	720 ccm.
Farbe	strohgelb	blaßgelb
Aussehen	leicht trübe	trübe
Geruch	normal	normal
Gewicht	1011	1010
Niederschlag	weißlich	eitrig
Harnstoffmenge (pro Liter)	12,5 gr.	10,5
Harnsäuremenge (0,421 in 24 Stdn.)		0,302 (in 24 Stunden)
Chloriden	7,5 „ „ „	6,8 „ „ „
Phosphate	1,3 „ „ „	1,1 „ „ „
Eiweiß	1,75 „ „ „	3,0
Zucker	nicht vorhanden	nicht vorhanden.
Histologische Untersuchung	Eiterkörperchen in mäßiger Quantität; einzelne Erythrocyten.	Eiterkörperchen in großer Quantität, Erythrocyten in bedeutender Quantität.
Bakteriologische Untersuchung.	Koch'sche Bacillen nicht gefunden.	desgleichen.

Nun fragt es sich: Zu welchem Schlusse berechtigen die von uns erhobenen Befunde? Wenn wir diese letzteren gruppieren, so erhalten wir folgendes Bild: die Kranke litt seit mehreren Jahren an Koliken in der linken Nierengegend, die unabhängig von Ruhe oder Bewegung auftraten; die Niere ist nicht palpabel, nicht vergrößert, aber auf Druck schmerzhaft; während des Anfalles wird der untere Rand der Niere palpiert. Die Harnanalyse ergab das Vorhandensein von Eiterkörperchen in bedeutender Quantität, desgleichen das Vorhandensein von roten Blutkörperchen und geschwächte Nierenfunktion (15,4 grm Harnstoff in 24 Stunden). Wenn wir im Harn Eiter und Blut finden, so haben wir es am häufigsten mit einem der beiden Prozeße zu tun: entweder mit einem sekundär infizierten Nierenstein, oder mit Nierentuberkulose.

Für die Annahme eines Nierensteines waren nur wenige Anhaltspunkte vorhanden: Unabhängigkeit der Anfälle von der Bewegung, vollständiges Fehlen von Kristallen im Harn, Eiterabgang nach den Anfällen — alle diese Momente sprachen gegen das Vorhandensein eines Nierensteines. Das einzige, was im ersten Augenblick an einen Stein denken ließ, war das periodische Auftreten und Verschwinden des Hindernisses im oberen Abschnitt des Ureters: man könnte annehmen, daß das Nierenbecken einen Stein enthält, der bald den Ausgang im Ureter versperrt, indem er sich im Lumen desselben festsetzt, bald in das Nierenbecken gelangt und die Passage durch den Ureter frei gibt. Jedoch wäre diese Vermutung nur wenig wahrscheinlich. Wie könnte man denn sonst die periodischen Bewegungen des Steines nach oben und unten bei vollständiger Ruhe der Kranken erklären, ganz abgesehen davon, daß die Rückkehr des im Ureter eingeklemmten Steines nach dem Nierenbecken schon an und für sich ganz unerklärlich wäre?

Von diesen Erwägungen ausgehend, habe ich den Gedanken an einen Nierenstein fallen lassen und bin bei der zweiten Diagnose, nämlich bei der Nierentuberkulose stehen geblieben. Allerdings sprach ich auch hier nur von einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose, da auch diese Annahme weder durch die Anamnese noch durch den Krankheitsverlauf positiv bestätigt werden konnte. Das gute Aussehen der Patientin trotz der längeren Krankheitsdauer und trotz der Mitaffektion der zweiten Niere (10,5 Harnstoff in 24 Stunden, Eiterkörperchen und rote Blutkörperchen im Harn) sprachen eigentlich gegen diese Annahme; außerdem war es auch bei der Annahme einer tuberkulösen Erkrankung schwer das Wesen und den Charakter des Hindernisses im Harnleiter

Digitized by Google

klarzulegen. Wir waren der Meinung, daß wir es mit einem descendierenden Prozeß der Nieren zu tun haben, der auch auf den oberen Abschnitt des Ureters übergegangen ist: vielleicht, dachten wir, verstopften Schwellung der Schleimhaut des Ureters oder irgend welche circumskripte Eiterherde vorübergehend das Lumen des Ureters, und die Passage wurde wieder frei, sobald sich diese Eiterherde öffneten. Kurz, unsere Wahrscheinlichkeitsdiagnose befriedigte uns, wie ich ausdrücklich wiederhole, nicht, aber es lag nichts weiter vor, was uns etwas anderes hätte annehmen lassen können.

Nun möchte ich den Krankheitsverlauf weiter schildern. Einige Tage fühlte sich die Kranke ziemlich erträglich. Am 2. Februar stellte sich aber wieder ein sehr heftiger Anfall ein. Am 3. Februar sank die tägliche Harnquantität bis 700 ccm. Bei der Untersuchung der Nieren fühlte man den unteren Rand sehr deutlich, wenigstens deutlicher als zuvor. Der sehr schwere Anfall hielt länger als zwei Tage an; zur Linderung der Schmerzen machte man der Patientin täglich morgens und abends eine Morphiuminjektion, deren Wirkung aber nur eine geringe war.

Am 5. Februar abends entleerte die Patientin bei der Harnentleerung einen $^1/_2$ cm dicken und zirka 40 cm langen Strang. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab, daß er aus Schleim und beigemengten Eiterkörperchen bestand. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden.

Da die sehr schweren Anfälle fast ununterbrochen aufzutreten begonnen haben, und jedesmal 2—3 Tage anhielten, ferner da die Patientin bedeutend schwächer geworden ist, als bei der Aufnahme in das Krankenhaus, beschloß ich, eine Operation vorzunehmen, um die Patientin von ihrem langjährigen Leiden, welches sie entkräftete und ihr im wahren Sinne des Wortes das Dasein vergiftete, zu befreien. Wenn auch die Diagnose nicht vollständig klar war, so war doch die Nephrotomie, wenigstens als exploratorische, durchaus angezeigt.

Am 6. Februar machte ich in Chloroformnarkose die Nephrotomie. Bogenförmiger Hautschnitt nach Guyon. Um mehr Raum zu gewinnen, wurde ein 5—6 cm großes Stück vom äußeren Ende der 12. Rippe reseziert. Nach Eröffnung der Kapsel wurde die Niere freigelegt, und es zeigte sich, daß sie etwas kleiner als eine normale Niere ist, während das Aussehen und die Konsistenz der Niere nichts abnormes darboten. Da die äußere Besichtigung der Niere das Wesen der Krankheit nicht erklärte, so wurde nach Kompression der Gefäße ein Sektionsschnitt der Niere gemacht: es ergab sich, daß die Niere dem

Aussehen nach vollständig normal, nur die Calices waren etwas erweitert. Durch das Nierenbecken wurde in den Ureter eine Sonde eingeführt, die den Ureter frei passierte. Dieses Resultat der Nephrotomie war vollständig unerwartet. Es war zwar a priori anzunehmen, daß der Prozeß nicht in der Niere lokalisiert war.

Die Niere wurde hier mit tiefen und oberflächlichen Seitennähten vollständig genäht. Die Blutung war gering. Hierauf Nähte auf die Kapsel, Muskeln und die Haut mit Ausnahme des unteren Wundwinkels, in den ein Tampon aus steriler Gaze eingeführt wurde. Verband. Wegen der schwachen Herztätigkeit wurden der Patientin 200 ccm physiologischer Kochsalzlösung unter die Haut eingespritzt.

Gegen Abend wurde diese Injektion wiederholt. Verband trocken, Temperatur normal, Harn blutig. Am folgenden Tage Allgemeinzustand der Kranken besser, subjektives Befinden desgleichen. Temperatur normal. Verband trocken. Harnquantität 700 ccm (mit bedeutender Blutbeimischung). Am 6. Tage war der Verband mit blutigem Wundsekret durchtränkt und die Temperatur bis 38,4 gestiegen. Erster Verbandwechsel. Die Wunde war per primam geheilt. Der Tampon war mit blutig-eitrigem Wundsekret durchtränkt. Entfernung der Nähte. Tamponwechsel, Verband.

13. Februar. Wiederum Anfall von ziemlich heftigen Schmerzen. Morphiuminjektion.

15. Februar. Verband- und Tamponwechsel. Harnquantität 1800 ccm. Harn schwach blutig.

18. Februar. Wiederum Anfall, der zirka 12 Stunden andauerte. Harn vollständig klar.

Weiterer Verlauf ohne Komplikation. Die Wunde granulierte gut. Verbandwechsel alle 4—5 Tage. Tägliche Harnquantität normal. Die 14 Tage nach der Operation vorgenommene Analyse ergab: Harn trübe, Reaktion schwach sauer, spezifisches Gewicht 1010, Eiweiß 1,9 pro mille. Im Niederschlag Eiterkörperchen in bedeutender, unveränderte Blutkörperchen in geringfügiger Quantität.

Am 18. Tage nach der Operation stand die Patientin auf. Subjektives Befinden vorzüglich. Die Patientin begann wieder an Körpergewicht zuzunehmen, und es wäre alles gut, wenn nicht die Schmerzanfälle gewesen wären, die auch nach der Operation eben so häufig auftraten, wie vor der Operation, wenn sie vielleicht auch etwas schwächer waren und weniger lang anhielten.

Wir haben also in diesem Falle falsch diagnostiziert. Der Krank-

Digitized by Google

heitsprozeß war augenscheinlich nicht in der Niere, sondern im Ureter lokalisiert, d. h.: wir hatten es mit einer Entzündung des Ureters zu tun.

Da es in solchen Fällen außerordentlich schwer ist, eine richtige Diagnose im Voraus zu stellen, namentlich wenn von seiten der Blase keine Momente vorliegen, die an einen ascendierenden, den Ureter in Mitleidenschaft ziehenden Prozeß denken lassen, beweist folgender charakteristische Fall aus der Praxis Israels.

Es handelt sich in diesem Falle um einen 28jährigen, seit 8 Jahren kranken Patienten. Die Krankheit hatte mit häufigem Harndrang begonnen; die Frage, ob er jemals an Gonorrhoe gelitten hatte, blieb unaufgeklärt. Bald stellten sich Anfälle von Nierenkolik (links) von ungewöhnlicher Heftigkeit ein. Infolge dieser Schmerzen wurde der Patient Morphinist. In den anfallfreien Perioden, die immer seltener wurden, begann der Patient gleichfalls Schmerzen in den Nieren zu verspüren. Der Patient wurde in das Krankenhaus in schwerem Zustande eingeliefert, weil er durch die permanenten Anfälle sowohl, wie durch die häufigen Morphiuminjektionen in hohem Grade erschöpft war. Die Untersuchung ergab: hochgradige Empfindlichkeit der linken Niere und des linken Ureters bei der Untersuchung, im Harn Blut, unter dem Mikroskop bisweilen etwas Eiter, aber nie Tuberkelbazillen. Die Diagnose lautete auf Nierenstein-Nephrotomie. Die Niere scheint etwas kleiner zu sein, als in der Norm, ihre Konsistenz ist aber normal. Wenn man auch schon auf Grund der Palpation einen Stein ausschließen konnte, so wurde zur Aufklärung der Natur der Erkrankung ein Sektionsschnitt gemacht, bei dem tatsächlich kein Stein, sondern nur mäßige Erweiterung der Calicies und des Nierenbeckens gefunden wurde. Die Niere wurde vollständig vernäht. Die Wunde heilte per primam. Eine Besserung ist jedoch nach der Operation nicht eingetreten, sondern der Patient fühlte sich im Gegenteil schlimmer. Nun wurde vermutet, daß irgendwo im Ureter ein Hindernis für den freien Harnabfluß vorhanden sei (Stein oder etwas anderes). Infolgedessen wurde zwei Monate nach der ersten Operation die zweite gemacht: die Niere wurde eröffnet und das Nierenbecken in Längsrichtung gespalten; die Untersuchung durch die Incision ergab jedoch wieder nichts.

Die Incision wurde dann in der Richtung nach vorn der Crysta ossis ilei entlang fortgesetzt, so daß der ganze Ureter der Untersuchung zugängig wurde. Nun ergab sich, daß der Ureter stark verdickt, bedeutend erweitert ist, an vielen Stellen knorpelartige Verdickungen, stellenweise Wucherungen aufwies, mit einem Worte — es lag Ureteritis vor.

Digitized by Google

Um den Harn abzuleiten und dem erkrankten Ureter Ruhe zu verschaffen, wurde im Nierenbecken eine Fistel zurückgelassen. Die Schmerzen hörten aber nicht auf, so daß nach zwei Tagen die Nephrektomie ausgeführt werden mußte, denn Israel fand keinen anderen Weg, um den Kranken von diesen Qualen zu befreien. In der Tat genas der Kranke vollständig: die Schmerzen hörten auf und alles kehrte zur Norm zurück. Die mikroskopische Untersuchung des excidierten Ureters ergab: stark ausgesprochene Verdickung der Wandungen (der Musculairs und der Mucosa), fast ubiquitäre Ablösung des Epithels und bedeutende Entwicklung von Bindegewebsfasern.

Der von Israel beobachtete Fall bietet somit vollständige Ähnlichkeit mit dem meinigen dar: in beiden Fällen ergab sich ein Irrtum in der Diagnose, eben weil alles von einer Erkrankung der Nieren sprach.

Besonders irreführend waren die schweren Kolikanfälle. Man könnte dieselben dadurch erklären, daß infolge ermangelnder Kontraktibilität des Ureters, sowie infolge der dadurch bedingten Behinderung des freien Harnabflusses, der intrarenale Druck in hohem Maße gestiegen ist, was bekanntlich die Hauptursache von Nierenkoliken ist. Je höher der intrarenale Druck steigt, je weniger die Calicies und das Nierenbecken der Dehnung nachgeben, desto heftiger sind die Kolikanfälle. Mit der fortschreitenden Erweiterung der Niere werden die Schmerzen immer geringer und geringer und verschwinden vollständig, sobald die Dehnung vollständig ausgebildet ist. Darauf ist der Umstand zurückzuführen, daß die Patienten bei intermittierender Hydronephrose, nachdem diese permanent geworden ist und eine gewaltige Erweiterung der Nieren hervorgerufen hat, absolut keine Schmerzen mehr haben, während früher unerträgliche Schmerzen bestanden.

Ich kann also in diesem Falle auf keine andere Diagnose kommen, als auf diejenige der Ureteritis. Eine Erkrankung der Nieren muß in diesem Falle ausgeschlossen werden. Würde man auch zugeben, daß sie durch irgend einen dem Auge unsichtbaren Prozess angegriffen ist, so würde man jedenfalls nicht annehmen können, daß die Niere an dem periodischen Entstehen des Hindernisses im Ureter beteiligt sein kann. Der ganze Krankheitsverlauf spricht deutlich dafür, dass im Ureter selbst entzündliche Prozesse vor sich gehen; nur dadurch kann man die vorübergehende Undurchgängigkeit des Ureters mit nachfolgender reichlicher Entleerung von Eiter erklären, der einen genauen Abdruck des Ureters darstellte.

Etwas anderes ist es, die Quelle des pathologischen Prozesses

im Ureter zu erklären. War die Ureteritis in unserem Falle eine primäre? Wenn auch, sagt Pusson, eine Infektion des Ureters durch das Blutsystem bis jetzt mit absoluter Sicherheit noch nicht erwiesen ist, so ist eine solche doch durchaus möglich und vielleicht sind die primären Ureteritiden, deren Vorkommen von Robin, Rosenstein, Lecorché, Reliquet unbedingt, von Hallé nachgewiesen ist, darauf zurückzuführen.

Ohne zu wissen, was mit der Patientin in den früheren Jahren ihrer Krankheit vorgegangen ist, haben wir nicht das Recht, selbst die Wahrscheinlichkeit folgender Vermutung auszuschließen: vielleicht hat die Patientin früher an Cystitis gelitten, welche zu einer aszendierenden Entzündung des Ureters geführt hatte und augenblicklich bereits verschwunden ist.

In Bezug auf diesen Fall könnte man sagen, daß der Ureterenkatheterismus nicht nur das Wesen der Krankheit nicht aufgeklärt, sondern sogar irre geführt hat. Richtiger würde man aber sagen müssen, daß der Ureterenkatheterismus, nachdem er die abgeschwächte Funktion der Nieren ergeben hatte, außerdem ziemlich deutlich auch auf die Erkrankung des Ureters hingewiesen hat, nur haben wir diese Hinweise nicht verstanden und ihre Bedeutung zu beurteilen vermocht. In der Tat zeigte doch der Katheter verschiedenes Verhalten: bald ging er bis zur Niere, bald blieb er im Ureter stecken, so daß man annehmen mußte, daß im Ureter irgend ein Hindernis vorhanden ist.

Wir haben auch dem Umstande nicht genug Bedeutung beigemessen, daß nach dem letzten Anfall mit dem Harn ein Strang abgegangen ist, der einen Abdruck des ganzen Lumens des Ureters darstellte; die Zusammensetzung dieses Stranges aus Schleim sprach für die Entstehung desselben im Ureter selbst.

Wenn wir auch in diesem Falle, die durch den Ureterenkatheterismus gelieferten Anhaltspunkt in nichts verwertet haben, so haben wir es doch larga manu zur weiteren Behandlung unserer Patientin getan, da wir zur Nephrektomie, wie Israel, nicht greifen wollten, wir haben die lokale Behandlung anzuwenden begonnen, indem wir den Ureter in seiner ganzen Länge mittelst 4% iger Borsäurelösung und 1% iger Höllensteinlösung ausspülten.

Die erste Spülung wurde am 4. Februar gemacht. Mittelst Leitsonde wurde in den Ureter ein Katheter Nr. 11 mit abgeschnittenem Ende eingeführt, die Bewegung des Katheters verursachte Schmerzen. Nach der Ausspülung mäßiger Anfall. Seitdem wurde die Ausspülung

Digitized by Google

des Ureters alle 3—4 Tage wiederholt, dann noch seltener; die Patientin begann sich bedeutend wohler zu fühlen; die Anfälle wurden weit seltener, hielten nur kurze Zeit an, so daß die Patientin am 8. April das Krankenhaus verließ, um sich weiter ambulatorisch behandeln zu lassen.

Ich erachte es für angebracht, auf folgenden Umstand aufmerksam zu machen: Bei unserer Patientin konnte die Niere, die sonst nicht palpabel war, während der Schmerzanfälle leicht palpiert werden. Wie wäre nun dieser Umstand, d. h. die Vergrößerung des Nierenumfanges während der Schmerzanfälle zu erklären? Am zutreffendsten scheint mir die Ansicht Albarrans zu sein, der auf Grund sorgfältiger Beobachtungen annimmt, daß die Vergrößerung des Nierenumfanges am wenigsten die Folge einer Dehnung des Nierenbeckens durch gesammelten Harn ist, sondern hauptsächlich durch kongestive Zustände der Nieren selbst bedingt wird; bisweilen führt diese Kongestion sogar zur Bildung von Ecchymosen und zur Haematurie. Es ist somit in unserem Falle sowohl wie auch in dem ähnlichen Falle von Professor Israel ein diagnostischer Fehler begangen worden. Zur Rechtfertigung möchte ich die edlen Worte Petit's anführen, der sagte, daß die in schweren Fällen begangenen Irrtümer keine Schuld ausmachen, wenn nur derjenige, der den Irrtum begangen hat, den Mut hat, es zu publizieren, aber zu einem Verbrechen werden, wenn man sich durch den Stolz verleiten läßt, das Geschehene zu veröffentlichen.

Diese zwei Fälle von Ureteritis, namentlich der Fall von Professor Israel, sind auch in folgender Beziehung lehrreich. Wenn es im Falle Israel's bei der ersten Nephrotomie geblieben wäre, bei der sich die Niere als vollständig gesund sich erwiesen hatte, so hätten die Anhänger einer übermäßigen Unentschlossenheit infolge der chirurgischen Intervention an den Nieren dankbare Gelegenheit gehabt, auszurufen: „Wiederum hat die unmäßige Begeisterung für die Chirurgie veranlaßt, daß eine gesunde Niere bei einem Kranken eröffnet wurde, bei dem es sich augenscheinlich um eine einfache Neurose der Nieren gehandelt hat; dadurch konnte und mußte man sämtliche schweren Schmerzempfindungen erklären!"

Es unterliegt, wie mir scheint, keinem Zweifel, daß die Diagnose auf „Neurose" der Nieren zu häufig und zu leicht gestellt wird. Tatsächlich ist es mehr als zweifelhaft, daß diese Nierenkrankheit häufig vorkommt: man kann die Eventualität einer nervösen Nierenerkrankung nicht in Abrede stellen, in Wirklichkeit aber sind derartige Erkrankungen eine sehr große Seltenheit.

Wodurch ist nun die Häufigkeit derartiger Diagnosen zu erklären? Wohl dadurch, daß es dem Arzte peinlich ist, in schwierigen Fällen mit ungewöhnlichem klinischen Verlauf keine Diagnose zu stellen, und da wir nun, um aus der schwierigen Lage herauszukommen, die Vermutung ausgesprochen, daß eine „Neurose" der Niere vorliegt; durch diese Diagnose sind alle befriedigt, sowohl der Arzt, als auch der Patient.

Daß aber die Verhältnisse bei weitem nicht so günstig liegen, beweisen diejenigen zahlreichen Fälle solcher Nierenneurosen, die letal verlaufen sind, und in denen die Diagnose bei der Sektion kontrolliert werden konnte. In diesen Fällen stellt sich auch meistenteils heraus, daß nicht eine Neurose, sondern irgend eine anatomische Erkrankung der Nieren vorgelegen hat, die zu Lebzeiten nicht diagnostiziert worden ist. Zur Illustration möchte ich folgenden von Braatz veröffentlichten Fall kurz streifen:

Es handelt sich um eine 30jährigen Patientin, die in der Kindheit an Strophulose gelitten hat und überhaupt schwächlich gewesen ist, mehrere Mal ist sie wegen tuberkulöser Halslymphdrüsen mit Inzision und Auskratzung behandelt worden. Im Alter von 17 Jahren wurde sie von einem Wagen überfahren, hatte damals starke Schmerzen in der rechten Seite und mußte 6 Wochen zu Bett liegen, seitdem klagte die Patientin über Schmerzen in der rechten Seite, welche beständig zunahmen.

Nach 13 Jahren untersuchte Braatz die Patientin, welche über heftige Schmerzen und Kolikanfälle klagte, wieder. Die rechte Niere war rundlich geschwollen, bei Druck äußerst empfindlich. In den anfallsfreien Zeiten war die Niere leicht beweglich, ließ sich bequem hin- und herschieben. Im Urin waren mikroskopisch weiße Blutkörperchen enthalten. Tuberkelbazillen konnten nicht gefunden werden, trotzdem Braatz Nierentüberkulose diagnostizieren zu können glaubte. Die Niere wurde mittelst Sektionsschnitt freigelegt, die dem Aussehen nach vollständig normal war. Man mußte also annehmen, daß ein diagnostischer Irrtum begangen ist, und die Diagnose auf Nephralgie gestellt werden.

Nach der Operation fühlte sich die Patientin 3 Jahre vollkommen wohl, was die Diagnose glänzend zu bestätigen schien, dann stellten sich aber wieder in der rechten Seite so heftige Schmerzen ein, daß die Patientin Gefahr lief Morphinistin zu werden, und infolgedessen wurde sie der Operation der Nephrektomie unterzogen.

Digitized by Google

Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab: im oberen Horn der Niere frische tuberkulöse Herde, im unteren Horn dagegen einen alten vernarbten Herd. Es war also klar, daß dieser letztere die Kolikanfälle, welche zu der ersten Nephrotomie Veranlassung gegeben hatten, verursacht hatte, aber der Entdeckung entgangen ist, weil er etwas abseits von der Inzision lag.

Die Operation hat wahrscheinlich durch die durch dieselbe hervorgerufene aktive Hämaturie eine Ausheilung dieses Herdes herbeigeführt; einige Jahre später sind jedoch neue Herde entstanden,

Meiner Meinung nach kann man nur bei Vorhandensein eines Symptomenkomplexes, welches für Neurose der übrigen Organe charakteristisch ist, bei Vorhandensein von Neurasthenie beim Kranken überhaupt mit mehr oder minder großer Wahrscheinlichkeit Neurose der Nieren annehmen, ohne Gefahr zu laufen für Neurose in der Tat eine tuberkulöse Affektion der Nieren, die am häufigsten vorkommt, gedeutet zu werden.

Sehr wenig überzeugend sind die von Escat in seinem Aufsatz „Etude sur le rein neuropathique" beschriebenen Fälle von Nierenerkrankung. Weit überzeugender ist der von Pollak beschriebene Fall:

Die betreffende Patientin stammt aus einer neuropathisch stark veranlagten Familie und hat seit der Kindheit an Anfällen von Migräne gelitten, die mit dem Auftreten von talergroßen roten Flecken auf der Gesichtshaut, sowie auf der Haut der oberen Körperhälfte einhergingen. Dann litt die Patientin an Neuralgie des linken N. supra orbitalis, des linken Plexus brachialis und des 7:8. und 9. Interkostalnerven gleichfalls links. Die linke Niere war auf Druck schmerzhaft. Plötzlich zeigte sich im Harn Blut, worauf die Blutung 24 Stunden anhielt, sonst bot der Harn nichts abnormes dar. Nach $1^1/_2$ Jahren wiederholte sich die Hämaturie und einige Zeit darauf kam es zu einer Darmblutung, wobei die Untersuchung der Kranken nichts ergab, wodurch diese Blutung hätte erklärt werden können. Hierauf verging ein Jahr, ohne daß sich die Blutung wiederholte.

In dem soeben geschilderten Falle kann man an eine antineurotische Entstehung der Blutung denken: zu Gunsten dieser Vermutung spricht das ganze Krankeitsbild mit allen seinen antineurotischen Symptomen. Man muß im Auge behalten, daß solche Fälle als Ausnahmefälle behandelt werden müssen. Groslick, der die Literatur dieser Frage studiert hatte, gelangte zu dem Schluß, daß es bis auf den heutigen Tag nur eine sehr geringe Anzahl von Fällen gibt, in denen mit Sicherheit erwiesen wurde, daß man es mit einer Antineurose zu tun hatte.

Die Nierenchirurgie ist noch ein sehr junger Zweig der Gesamtchirurgie und infolgedessen ist es durchaus erklärlich, daß strenge nnd genaue Anhaltspunkte für die Diagnose in sämtlichen Fällen ebensowenig ausgearbeitet sein können, wie streng bestimmte Indikationen und Kontraindikationen zur Wahl eines bestimmten operativen Eingriffes.

Wenn man in Betracht zieht, daß noch vor wenigen Jahren die Hand des Chirurgen zum erstenmal gewagt hat, sich der Niere zu nähern, so muß man unwillkürlich über die bedeutenden Fortschritte staunen, welche die Nierenchirurgie in einem relativ so geringfügigen Zeitraum gemacht hat. Wir eröffnen ohne Zaudern die Nieren, befürchten nicht, falls erforderlich, die Nieren zu entfernen, da unsere vorangehenden Untersuchungen der Kranken das Wesen der jeweiligen Erkrankung dermaßen klarlegen, daß wir zur Operation der Nieren nicht blind, sondern auf Grund eines streng durchdachten und wissenschaftlich begründeten Schlusses schreiten.

Man kann auch über die Erfolge der Nierenoperation nicht klagen. Wenn auch der Mortalitätsprozentsatz noch ziemlich groß ist, so ist er doch weit geringer, als beispielsweise im verflossenen Jahrzehnt. Statt der früheren Mortalität von 50% und darüber nach Nephrektomie (ich nehme als Beispiel die ernsteste von allen Nierenoperationen) haben wir in der letzten Zeit einen Mortalitätsprozentsatz von 28,5% (Küster), bis 20% (Tornston) und selbst 16,2% (Israel).

Die von Israel erzielten Resultate sind schon ziemlich gut; wir können aber getrost hoffen, daß dieser Mortalitätsprozentsatz sich mit jedem Jahre verringern wird: die oben angeführten Zahlen lassen diese Hoffnung über durchaus gerechtfertigt erscheinen.

Wodurch könnte man jedoch die Fortschritte, welche die Nieren chirurgie in den letzten Jahren aufzuweisen hat, erklären? Es versteht sich von selbst, daß die Nierenchirurgie sich Hand in Hand mit der allgemeinen Chirurgie entwickelt, jedoch stehen die Fortschritte der Nierenchirurgie, sowie die durch dieselbe zu erzielenden Resultate in bedeutendem Grade mit den neuen Methoden der Nierenuntersuchung in Zusammenhang, nämlich mit der Anwendung der Cystoskopie überhaupt und des Nierenkatheters insbesondere.

Aus den vorstehenden Ausführungen ist zu ersehen, welchen ungeheuren Nutzen und welche unersetzbare Hilfe uns diese Untersuchungsmethoden zu leisten vermögen. In allen im vorstehenden erörterten Fällen wurde die Cystoskopie allein oder in Verbindung mit

Digitized by Google

dem Ureterenkatheterismus angewendet, und in allen diesen Fällen sind die erzielten Resultate sowohl in Bezug auf die Diagnose wie auch in Bezug auf das operative Vorgehen entscheidend gewesen. In allen Fällen, wo es notwendig war, haben wir uns einen durchaus genauen und klaren Begriff von der Funktion jeder einzelnen Niere machen können, was durch kein einziges der früher in Vorschlag gebrachten Verfahren erreicht werden kann. Die subkutane Injektion von Methylenblau, sowie die kryoskopische Untersuchung des Harns gaben nur einen allgemeinen Index für die Nierenfunktion, ganz abgesehen davon, daß die neuesten Untersuchungen die Ungenauigkeit und Unbeständigkeit der dabei zu erzielenden Resultate ergeben haben. Schließlich habe ich auch ebenso wie andere Autoren (Albarran, Casper, Stockmann u. a.) den Katheterismus der Nieren zu therapeutischen Zwecken, bei Pyelitiden, Hydronephrose und Entzündungen der Ureteren angewendet.

Das Anwendungsgebiet des Cystoskops ist aber durch die vorstehenden Ausführungen noch nicht erschöpft. Außer dem Photographier-Cystoskop, welches die Möglichkeit gibt, ein genaues Bild von der Blasenerkrankung zu gewinnen, gibt es noch ein Operationscystoskop Nitze, mit welchem man unter Zuhilfenahme eines Auges verschiedene Operationen in der Blase ausführen kann.

Die Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus finden somit die weiteste Anwendung bei der Feststellung und Behandlung von Nierenkrankheiten. Ein so hervorragender französischer Kliniker und Chirurg wie Albarran sagt, daß die Diagnose der Nierenerkrankung heutzutage eine genauere und rechtzeitigere geworden ist, dank den neuen Untersuchungsmethoden, unter denen der Katheterismus der Ureteren die erste Stelle einnimmt.

Derselben Ansicht ist auch der bekannte deutsche Professor Casper. Auch die russischen Aerzte, welche zum Cystoskop griffen, bereuen es nicht, sich diese Neuerung angeeignet zu haben. Der Moskauer Chirurg Modlinski sagt, daß es zweifellos dasteht, daß dank dem Cystoskop das Leben vieler Kranken gerettet wurde, und daß dieser Untersuchungsmethode eine große Zukunft bevorsteht. Leider, führt Modlinski weiter aus, ist die Wertschätzung und die Verbreitung des Cystoskops heutzutage bei weitem noch nicht eine derartige, wie es in Anbetracht der Verdienste dieses Instrumentes erwünscht wäre. Leider genießt dasselbe bei weitem noch nicht den ihm zukommenden Raum.

Solcher Urteile hätte ich noch viele anführen können; ich glaube aber, daß die vorstehenden ausreichend genug sind, um sagen zu dürfen, daß derjenige, der die Anwendung des Cystoskops und des Ureterenkatheterismus am Kranken einmal gesehen hat, unwillkürlich ein Anhänger dieser Untersuchungsmethode werden muß.

Trotzdem gibt es aber Aerzte, die als Gegner dieser Untersuchungsmethoden, namentlich des Ureterenkatheterismus, auftreten. Nach dem, was ich über diese Untersuchungsmethode zu sagen in der Lage war, wäre ich auf diesen Punkt nicht eingegangen, wenn nicht an der Spitze der Gegner ein so hervorragender Arzt wie James Israel gestanden hätte.

Worauf gehen denn die Erwiderungen der Gegner hinaus? Im allgemeinen werden von sämtlichen Gegnern folgende Momente hervorgebracht: 1) die Technik sei schwer und nicht einem jeden zugänglich; 2) die Gefahr der Verschleppung eines Infektionsstoffes nach der zweiten (gesunden) Niere sei sehr groß und 3) die auf diese Weise erhobenen Befunde tragen recht wenig zur Feststellung der jeweiligen Erkrankung bei.

Was die Schwierigkeiten der Technik betrifft, so ist die bezügliche Befürchtung weit übertrieben: bei gewissem Geschick und gewisser Uebung gelingt es in 2—3 Sekunden den Katheter in den Ureter einzuführen. Es kommen natürlich, übrigens ausnahmsweise, Fälle vor, in denen die Einführung des Katheters in den Ureter mit großen Schwierigkeiten verknüpft ist, so z. B. in den Fällen, in denen die Oeffnungen der Ureteren nicht zu sehen sind — mag es dadurch bedingt sein, daß sie von einer Falte der Blasenschleimhaut oder von gewucherten Granulationen überdeckt sind. Aber auch in diesen Fällen gelang es mir, den Katheter einzuführen, indem ich den Katheter gegen denjenigen Punkt richtete, an dem die Oeffnung des Ureters anatomisch hätte liegen müssen. Trotzdem ich den Katheterismus der Ureteren fast täglich anwende, ist es mir bis jetzt nicht ein einziges Mal passiert, daß ich auf diese Untersuchungsmethode, wegen der Unmöglichkeit den Katheter einzuführen, verzichten mußte.

Auf das dritte von den Gegnern hervorgebrachte Moment, nämlich daß die fragliche Untersuchungsmethode zur Feststellung der Diagnose wenig beitrage, brauche ich kaum besonders einzugehen, da aus meiner Arbeit, wie ich glaube, sich eine durchaus klare Antwort auf diese Frage ergibt.

Weit wesentlicher ist die Frage der Infektionsgefahr. Tatsächlich

Digitized by Google

kann man vom theoretischen Standpunkte aus annehmen, daß die Infektionsgefahr groß sei: es will scheinen, daß es schwer falle, einer Infektion der gesunden Niere vorzubeugen. In der Tat ist aber diese Gefahr nicht so groß; man braucht nur im Auge zu behalten, was nicht alles geschieht, bevor man zur Katheterisation der Ureteren schreitet. Vor allem wird die Harnblase rein gewaschen, und folglich mechanisch der größte Teil davon, was die Infektion begünstigen könnte, entfernt. Dann führen wir in den Ureter einen sterialen Katheter ein, und schon dadurch allein vermögen wir, einer Infektion der gesunden Niere vorzubeugen. Wenn aber auch exklusive Fälle vorkommen, in denen man wegen der Unmöglichkeit, den kranken Ureter zu katheterisieren, den Katheter in die gesunde Niere einführen muß, so versteht es sich von selbst, daß die Vorsichtsmaßregeln, welche wir ergreifen, noch eine Verschärfung erfahren.

Man muß ferner im Auge behalten, daß der Infektionsstoff, der mit dem Katheter in die Niere eventuell gelangen kann, sofort mit dem Harnstrom fortgespült wird, und es müssen tatsächlich ganz exklusive Verhältnisse bestehen, damit die Infektion einen günstigen Boden zu ihrer Ausbreitung und zur Entfaltung ihrer virulenten Tätigkeit finde.

Schließlich wird der Katheter in zweifelhaften Fällen vor der Einführung in den Ureter nach der Empfehlung von Guyon in einer Höllensteinlösung von 1:1000 gewaschen.

Alle, die häufig in die Lage kommen, die Nieren zu katheterisieren, erklären einstimmig, daß sie irgend welche Komplikationen oder ungünstige Erscheinungen, die durch diese Untersuchung hervorgerufen werden, nicht beobachtet haben: so äußern sich Albarran, Pasteur, Casper, Rovsing und viele andere Autoren, welche den Ureterenkatheterismus an vielen hunderten von Patienten ausgeführt haben. Im Hospital Necker, sowie in der Klinik von Prof. Guyon vergeht kein Tag, ohne daß der Ureterenkatheterismus ausgeführt wird, wovon ich mich, als ich die Klinik besuchte, persönlich überzeugen konnte. Selbst an ambulatorischen Patienten wird der Ureterenkatheterismus vorgenommen, wobei die Patienten nach dem Eingriff ebenso belanglos nach Hause gehen, wie nach einfacher Katheterisation der Harnblase. Sard sagt in seiner Dissertation, welche den Ureterenkatherismus zum Thema hat, auf Grund eines gewaltigen in der Guyon'schen Klinik beobachteten Materials: „Der Ureterenkatheterismus ist eine praktische, außerordentlich nützliche und absolut unschädliche Untersuchungs-

methode: praktisch, weil man sie rasch und leicht bei Frauen wie auch bei Männern anwenden kann; außerordentlich nützlich, weil man mit Hilfe dieser Methode allein im Stande ist, die Diagnose zu stellen oder die bereits gestellte Diagnose zu bestätigen; schließlich vollständig unschädlich, weil wir, indem wir sämtliche Vorsichtsmaßregeln anwenden, niemals Gefahr laufen, irgend welche unangenehmen Komplikationen zu erleben."

Meine persönliche Erfahrung (ich bin fast täglich in der Lage, den Ureterenkatheterismus vorzunehmen) hat mich gleichfalls von dem unersetzlichen Nutzen und der Unschädlichkeit dieser Untersuchungsmethode vollständig überzeugt: ich habe niemals nach dem Ureterenkatheterismus bei meinem Kranken irgend welche Komplikationen erlebt, niemals auch nur die geringste Temperatursteigerung beobachtet. Kurz, die Methode ist bequem, schmerzlos und kann in 1—2 Sekunden ausgeführt werden.

Sollte jemand noch nicht ganz überzeugt sein, so muß meines Erachtens folgender Umstand die letzten Zweifel zerstreuen: heutzutage beschränkt man sich nicht auf den einfachen vorübergehenden Katheterismus der Ureteren, sondern man läßt den Katheter für längere Zeit im Nierenbecken à demeure liegen, und zwar von einem Tage bis zu 33 Tagen und selbst noch länger. Nun, dieses lange Verweilen des Katheters im Ureter bringt dem Patienten absolut keinen Schaden.

Ich darf wohl hoffen, daß die von mir angeführten Fälle von Nierenerkrankungen, sowie meine Ausführungen über die Anwendungen der Cystoskopie, die Nützlichkeit und Unersetzlichkeit dieser Untersuchungsmethode klarlegen. Diese Methode, sagt Albarran, ist noch eine verhältnismäßig neue, und jede neue Methode muß einen harten Kampf mit den theoretischen Erwägungen und Befürchtungen derjenigen Personen aushalten, die noch nicht in der Lage gewesen sind, diese Methode unter gehörigen Verhältnissen auszuführen: diese Personen fürchten Gefahren, die tatsächlich nicht bestehen. Dank dieser Untersuchungsmethode greifen wir heutzutage sicherer zur Operation; wir sind in der Lage, Krankheiten im Keime zu fassen, deren Bestehen man früher nicht einmal hätte vermuten können; es gelingt uns, die Funktion der Niere wieder herzustellen und in vielen Fällen zu erhalten, in denen unsere Vorfahren das Organ hätten opfern müssen.

Ich möchte meine Arbeit mit den Worten Israels schließen, der sagte, daß ein operierter Nierenkranker heutzutage nicht infolge der Operation, sondern trotz der Operation stirbt.

Quartalsbericht über Nierenkrankheiten.

Von Dr. L. Weil, Spezialarzt für Stoffwechselkrankheiten in Stuttgart.

(Fortsetzung und Schluß).

Eine für die Diagnostik der Urämie wichtige Arbeit veröffentlicht Hoke (Urämischer Symptomenkomplex mit eigentümlichem, charakteristischen Cyylinderbefund im Harne, bedingt durch Embolie in eine Nierenarterie. Prager med. Wochenschrift. No. 11, S. 131). Der Fall ist von Hoke schon wegen der oben besprochenen Hemmung der Hämolyse veröffentlicht worden (Centralblatt f. inn. Med. 1901, No. 7), er gibt jetzt die Krankengeschichte. Eine Patientin, die an chronischer Endocarditis leidet, wurde blitzartig von den schwersten urämischen Störungen betroffen (Bewußtlosigkeit, klonische Krämpfe mit Zungenbiß, Erbrechen, Haematurie und Glykosurie). Schon nach zwei Tagen war aber das Sensorium wieder fast völlig frei, und nach ca. 1 Woche erinnerte nichts mehr an das Bild der schweren Erkrankung. Das schnelle Auftreten und Verschwinden der Urämie, vor allem aber der Befund von ganz bestimmten Zylinderformen im Urin führten Jaksch, aus dessen Klinik die Veröffentlichung kommt, zu der oben genannten Diagnose. Die Zylinder sahen folgendermaßen aus: Auf schmalen, langen, durch mehrere Gesichtsfelder sich hinziehenden, bandartigen Zylindern von glasartiger Struktur liegen in dichten Gruppen ausgelaugte rote Blutkörperchen. Diese Zylinder mit Erythrocyten, neben denen sich auch noch lange schmale granulierte Zylinder fanden, sieht Jaksch als charakteristisch für vorübergehende Zirkulationsströmungen in den Nieren an.

Zum Schluß sei noch kurz auf die auch für die Nierendiagnostik wichtigen Veröffentlichungen von Sticker (die Palpation des Abdomens im warmen Bad. Zentralblatt f. inn. Med. No. 9 vom 5. III) und Pickard (Zur Methodik der Abdominaluntersuchung. Ärztliche Praxis 1904. No. 1) hingewiesen. Sie weisen mit Nachdruck auf die schon lange bekannte, aber zu wenig angewandte Methode, das Abdomen bei schwierigen Verhältnissen im warmen Bad zu untersuchen, hin. Das warme Wasser wirkt auf die Bauchmuskeln krampflindernd ein und macht dadurch die Untersuchung leichter und auch schmerzloser.

III.

Klinik. Komplikationen.

Zunächst ist hier eine Diskussion zu erwähnen, die in der Sitzung der société médicale des hopitaux vom 5. Februar begann und am

Digitized by Google

12 und 19. noch fortgesetzt wurde. Das Thema lautete: L'hypertension artérielle et ses conséquences au cours de l'intoxication saturnine aiguë, de l'eclampsie et de l'urémie. (Semaine méd. pag. 45; progrès medic. pag. 133). Vaquez, der sie durch seinen Vortrag hervorrief, glaubt, daß die arterielle Drucksteigerung die Ursache von Amaurose, Hemianopsie, transitorischer Aphasie, Convulsionen und plötzlichem Tode sein kann. Letzterem sei jedermann ausgesetzt, dessen arterieller Druck höher als 25 ccm. sei. Alle diese Erscheinungen würden ihr Entstehen also nicht direkt toxischen Schädlichkeiten zuzuschreiben haben, sondern nur indirekt auf einem Umweg über den arteriellen Hochdruck, der seinerseits einer übermäßigen Tätigkeit der Nebennieren sein Leben verdankt. Als Beweis dieser Anschauung führt Vaquez einen Sektionsbefund an, in welchem neben einer chronischen Nephritis, die während des Lebens mit starker arterieller Hypertension verlaufen war, eine hochgradige Hypertrophie der glandulae suprarenales verzeichnet stand. Gegen Ménétrier, der darauf aufmerksam macht, daß in der grauen Substanz des Gehirns bei der Bleikolik Plumbum gefunden worden ist, — eine Tatsache, die völlig genüge, um eine Erhöhung des arteriellen Blutdruckes zu erklären — und daß das bei allen anderen genannten Erscheinungen bestehende Gehirnödem diese genügend erklären könnte, wendet Josué ein, daß Tiere auf Einspritzung von Adrenalin auch dann mit Erhöhung des Blutdrucks antworten, wenn das Gehirn exstirpiert ist, daß also die Wirkung des Adrenalin peripheren Ursprungs sei. Gouget schließt aus den guten Erfolgen des Aderlasses auf eine mechanische Ursache des Überdruckes, und ihm steht besonders Merklen bei, der an der alten „klassischen" Theorie festhält, der zufolge die Erhöhung des arteriellen Blutdruckes eine Folge einer arteriellen Überfüllung und einer Erhöhung der peripherischen Hindernisse sei. Einen vermittelnden Standpunkt nimmt Teissier ein. Er macht darauf aufmerksam, daß bei Menschen, die Aplasie der Gefäße besitzen, z. B. bei Tuberkulösen die Urämie und auch z. B. die meningitis tuberculosa einen mehr chronischen Verlauf nehmen, als bei anderen Leuten. Es findet sich mehr Coma als Krämpfe, keine der Erscheinungen, wie Vaquez sie bei der Drucksteigerung gesehen hat. Aber, wenn auch diese Überlegung zu Gunsten des ersten Teils der Vaquez'schen Theorie sprechen würde, so sei doch der ganze in Rede stehende Krankheitskomplex ein so komplizierter, daß er mit seinem Urteil sehr zurückhaltend sein wolle. An die Entstehung der arteriellen Drucksteigerung

Digitized by Google

durch Adrenalin glaubt er nicht. Lamy führt mit Recht aus, daß man die vorübergehende Hypertension infolge von Adrenalin-Einspritzung nicht mit der chronischen vergleichen dürfe. Im übrigen ist Lamy „Toxiniste" (im Gegensatz zum Mécaniciste). Er weist darauf hin, daß bei Tieren mechanische Hindernisse nie Hypertension erzeugen, weil der Organismus sofort Regulationsmaßnahmen ergreift. Ein kräftiger Helfer ist dem Vortragenden in Josué geworden. Er weist darauf hin, daß auch bei der Arteriosclerose die Nebennieren eine ätiologische Rolle zu spielen scheinen.

Es ist ihm gelungen durch zahlreiche Adrenalin-Injektionen Arteriosclerose künstlich zu erzeugen. Auch fanden sowohl er wie andere Autoren hypertrophische Nebennieren bei Arteriosclerotikern. Er steht ganz auf dem Boden von Vaquez. Andere anatomische Daten führt Aubertin an. Er fand unter acht chronischen Nephritiden mit arteriellem Überdruck dreimal Adenome der Nebennieren und fünfmal einfache Hypertrophie ihrer Rindensubstanz. Auch Ménétrier hat Adenome der glandulae suprarenales bei Nephritikern gesehen. Obwohl es Claude für seltsam findet, daß die Nebennieren unter dem Einfluß von Giften statt cirrhotisch zu werden, funktionell und anatomisch-hypertropisch werden sollten, teilt doch auch Dufour unter Anführung eines Sektionsbefundes den Glauben an eine ätiologische Bedeutung der Nebennieren für die chronische Erhöhung des arteriellen Blutdrucks, weist aber wieder den ersten Teil der Vaquez'schen Theorie zurück, indem er ausführt, daß solch allgemeine Momente wie Intoxicationen und hoher Blutdruck nicht z. B. lokale Encephalopathieen hervorrufen könnten. Zu ihrer Erzeugung müßten auch lokale Veränderungen mitspielen.

Man kann nicht leugen, daß diese Diskussion, obwohl sie ganz resultatlos verlief, recht interessant ist. In einem geistigen Zusammenhang mit ihr steht eine Arbeit von Dopfer und Gourand (progrès médical pag. 132), die bei doppelseitiger Nephrektomie die Nebennieren genau so anschwellen, hypertrophisch und blutreich werden sahen, wie bei Arsenik-, Phosphor-, Tetanusintoxication. Sie glauben, daß diese Erscheinung der Ausdruck einer aktiven Verteidigungsrolle des Organs ist, welches Gifte zu vernichten sucht. Ganz einleuchtend ist dem Referent diese Erklärung nicht, es scheint ihm als ob die Umwälzung der lokalen Blutzu- und Abfuhr von den Autoren nicht berücksichtigt worden ist.

Auch Thompson (ref. nach den „Monatsberichten für Urologie"

Digitized by Google

IX. Bd., 1. H., Seite 21) ist der Ansicht, daß die vermehrte Arterienspannung bei der Nephritis als die Folge eines im Blut kreisenden Giftes, das dem Adrenalin ähnlich zu sein scheine, angesehen werden müsse. Er glaubt, daß dieses Gift zur Schrumpfniere und zur Verminderung der Harnstoffausscheidung führe. Als bestes Gegenmittel sei das gefäßerweiternde Aconit anzusehen.

Das Gegenstück zu der Hypertension bildet die Hypotension, von der Ferrannini (l'hypotension artérielle chronique ref. nach der semaine médicale pag. 23) ein Lied singt. Der Autor sieht die Schuld in einer verringerten Nebennierentätigkeit; auch sie kann Arteriosclerose erzeugen. Da sie unser Thema nur leise streift, sei auf die Originalabhandlung hingewiesen.

Mit dem Blutdruck bei Nierenkranken beschäftigen sich auch zwei Arbeiten von Laufer (société de biol. 13. II. 1904. semain. médic. pag. 52; progrès méd. pag. 122) und von Ambard und Beaujard (progrès méd. pag. 121). Ersterer hat mehrmals Zunahme des arteriellen Blutdrucks gesehen, die direkt Ödemen vorausging und deren Entstehen vorauszusagen erlaubte. Er stellt sich den Zusammenhang folgendermaßen vor. Zuerst findet Chlor-Retention statt, dann die kompensatorische Verdünnung und Volumszunahme des Blutes, die nun ihrerseits Blutdrucksvermehrung und konsekutives Ödem erzeugt. Sogar beim normalen Menschen erzeugen Gaben von 10 Gr. Kochsalz eine Erhöhung des Blutdrucks, die mit der Ausscheidung des Salzes sistiert. Während sie bei diesen dazu dient, die retentierten Stoffe nach außen hin aus dem Kreislauf zu entfernen, schafft sie bei den Kranken die überflüssige Blutmenge in die Gewebe als Ödem hinein. Ambard und Beaujard wollen gar eine direkte Beziehung zwischen der Höhe des Blutdrucks und der Salzretention feststellen und behaupten, daß man dies bei Nierenkranken leicht und jederzeit experimentell nachweisen könne. Fleischgenuß, dem bekanntlich blutdrucksteigernde Wirkungen nachgesagt werden, wirke nur dann auf den Blutdruck, wenn ihm Salz beigesetzt worden sei.

Einige interessante Beobachtungen veröffentlicht Merklen (société médicale 15. I. 1904. la semaine médicale pag. 20). Er hat fünf Fälle von Arteriosclerose und Niereninsufficienz gesehen, in welchen bei der Resorption von Ödemen schwere toxische Erscheinungen aufgetreten sind, z. B. Cheyne-Stokes, Verwirrung, Angst, selbst Coma mit Spasmen, Kernig'schem Phänomen und Sphincteren-Erschlaffung. Ein Patient starb; drei sind geheilt worden; beim fünften sind die

Digitized by Google

Gehirnerscheinungen zweimal wiedergekommen, um mit dem Wiedererscheinen der Ödeme abzuklingen. In diesem letzten Fall war die Resorption brüsk und spontan; in den anderen langsam und medicamentös veranlaßt(?). In allen diesen Fällen bestand, da die heilende Polyurie sich längere Zeit verzögerte, offenbar ein Mißverhältnis zwischen Resorption und Elimination. Wenn auch die nervösen Erscheinungen Folge von Gehirnödem oder, wie Dupré in der Diskussion meinte, von schneller Entziehung einer gewissen Menge liquor cerebralis oder spinalis sein können, so sei es doch wahrscheinlicher, daß es sich um die Wirkung von resorbierten und nicht ausgeschiedenen Toxinen handle. Die Prognose sei nicht schlecht. Die Therapie müsse aber mit Herz-Tonicis und diuretischen Mitteln zur Hand sein, da man nie wisse, ob etwas passiert. Causal sei die Entfernung der retentierten Stoffe durch Aderlaß, Purgantia, Diuretica etc. zu veranlassen. Wie es das Resultat dieser Arbeit ist, daß der Körper in der Ödemflüssigkeit gewisse toxische Substanzen aufbewahrt, um sie aus dem Kreislauf möglichst entfernt zu halten, so geht aus einer anderen eine andere schützende Wirkung der Ödeme hervor.

Sie spielt in das Gebiet des osmotischen Gleichgewichts und stammt von Rzentkowski (Beitrag zur Frage des osmotischen Drucks der Ex- und Transsudate. Berliner klin. Wochenschrift 29. II. 04., pag. 227). Während der Gefrierpunkt von Exsudaten zwischen —0,52 und —0,53° schwankt, finden sich bei Transsudaten größere Unterschiede. Der Gefrierpunkt der Ascitesflüssigkeit von Nephritikern ist durchschnittlich = —0,60°; der höchste den der Autor fand, war —0,64°. Der Ascites eines Herzkranken zeigte dagegen nur —0,53°. Die Ödeme von Nephritikern besaßen einen Gefrierpunkt von —0,52° bis —0,58° (im Durchschnitt —0,56°), die von Herzkranken einen solchen von —0,54° bis —0,56° (im Durchschnitt —0,55°). Die Resultate seiner Untersuchungen faßt Rzentkowski in folgenden 3 Sätzen zusammen: Die Ödeme können Schutz sein

1. gegen Hydraemie (bei Herzkrankheiten). Der Körper schafft das überflüssige Wasser aus dem Kreislauf weg.
2. gegen Eindickung (bei Nierenerkrankungen). Der Körper schafft das überflüssige Salz aus dem Kreislauf weg.
3. Die Papillarendothelien können also die Zellen der glomeruli vertreten.

Theoretisch wichtig erscheint auch eine Arbeit von Pick. (Über Hemianopsie bei Uraemie. Wiener klin. Wochenschrift No. 1), der

über einen Fall von homonymer Hemi-Anopsie im Ablauf einer urämischen Amaurose berichtet. Natürlich lehren solche Fälle, daß die urämische Ursache der Amaurose einen zentralen Sitz und keinen peripheren in der retina oder im opticus haben muß.

Über „Délire et petit brightisme" berichten Vigouroux et Juquelier (refer. nach den „Monatsber. für Urologie" pag. 56). Die Quintessenz ihrer Arbeiten ist, daß der ätiologische Zusammenhang zwischen Nierenkrankheiten und Delirien nur verhältnismäßig selten ist, daß es aber Fälle gibt, in welchen eine vorhandene Niereninsufficienz temporäre oder vorübergehende — je nach der Prädisposition des Kranken — Geistesstörung verursacht. Außerdem gibt es auch Fälle, in welchen eine auf andere Momente, z. B. Arteriosclerose bezogene Geisteskrankheit durch gleichzeitig bestehende Nierenerkrankung verschlimmert wird. Sie geben den gewiß beherzigungswerten Rat, in jedem schwierigen und zweifelhaften Fall von Delirien alle Organe, besonders aber die Nieren auf die Suffizienz ihrer Funktion hin zu untersuchen und im gegebenen Fall, eine reine Milchdiät und die übrigen therapeutischen Maßnahmen gegen die Nephritis anzuwenden. Freilich müßte man den Irrenärzten, welche sich dieser Mühe unterziehen wollen, den Rat geben, sich nicht wie die Verfasser selbst zur Prüfung der Funktion solch unzuverlässiger Methoden zu bedienen, wie es die Beobachtung der Methylenblau-Ausscheidung ist.

Eine seltene Folge einer Nierenerkrankung beschreibt Lecointe (La duodénite ulcéreuse urémique, thèse de Paris 1903, ref. nach der „semaine médicale" pag. 37). Das Duodenum muß ebenso wie der übrige Darm bei Nierenaffectionen toxische Dinge aus dem Organismus herausschaffen. Diese können, wenn Alkoholismus, Syphilis oder Leberinsufficienz den Boden ebnen, hämorrhagische Läsionen mit consecutiver ulceröser Duodenitis erzeugen.

Noch seltener und ganz hypothetisch scheint dem Referenten eine Beobachtung Labbé's (semaine médicale pag. 36), der im Verlauf einer chronischen Nephritis eine Anaemia progressiva auftreten sah. Der Beobachter erklärte sich diese Tatsache — nach der Formel: erklärt muß werden — durch eine progressive Blutverdünnung infolge der Nephritis.

Gröber hat einen Fall von Indigurie mit Auftreten von Indigoro im frischgelassenen Harn bei einer Nephritis gesehen (Münchener med. Wochenschrift 1904, No. 2). Soviel der Referent weiß, ist dies erst der zweite Fall dieser Art, der bekannt wird. Er war vergesellschaftet mit dem Befund von Zylindern und Erythrocyten.

Eine ausführliche klare Darlegung der Pathogenese der Haematurie gibt Albarran (in den „Monatsberichten für Urologie", pag 10, Deutsch von Alexander Gellert). Es gibt, wie es 3 Arten von Haemorrhagien gibt, auch 3 Arten von Haematurie: 1. die angiopathische, 2. die hämopathische und 3. die neuropathische.

1. Die angiopathische teilt sich in zwei große Gruppen, je nachdem der Blutaustritt aus bis dahin gesunden Gefäßen oder aus schon vorher krankhaft veränderten erfolgt. Im ersten Fall ist die Ursache ein Trauma oder aber eine starke Congestion, wie sie sich im Verlauf einer übermäßig verlängerten Harnretention oder auch einer heftigen acuten Nephritis ereignen kann. In der zweiten Abteilung handelt es sich um Blutungen infolge eines ulcerösen Prozesses der auf die Gefäßwände, z. B. bei Neubildungen aus der Umgebung übergreift oder um endarteriitische Vorgänge, häufig auch wie bei Neugebilden um besondere Brüchigkeit der Gefäßwand, die jeder Congestion nachgibt.

2. Die hämatogene Haemorrhagie findet sich z. B. im Verlauf fieberhafter Erkrankungen, wie z. B. eine Nierenblutung infolge einer Variola. Weniger bekannt sind die Haematurieen, die bei graviden Frauen auftreten und nicht aufhören, ehe die Entbindung erfolgt. Wahrscheinlich sind sie das Resultat von Autointoxicationen. Noch merkwürdiger ist eine Gruppe von familiären Nierenblutungen bei Personen, die sonst nicht an Haemophilie leiden.

Die Veränderungen des Blutes bei der hämotogenen Haemorrhagie können die chemische Zusammensetzung betreffen, indem ein Mangel an Kochsalz oder Kalksalzen, das Auftreten von hämolytischen Substanzen eingetreten ist, oder in den zelligen Substanzen Leukocyten und Haematoblasten liegen.

Die Ursachen der Blutveränderungen sind entweder Intoxicationen oder Infectionen. Die ersteren können wiederum in Hetero- und Autointoxicationen eingeteilt werden. Jene sind das Resultat organischer oder anorganischer Gifte und Medicamente (Santel-, Copaibalsam Canthariden, Guajacol, Urotropin usw.), diese die Folge von digestiven Störungen oder noch häufiger von Lebererkrankungen, ja schließlich durch Störungen in allen Geweben. So gehören die Blutungen bei Gichtkranken zu den autotoxischen.

3. Die neuropathischen Haemorrhagieen teilen sich in solche, die von einer einfachen Neurose abhängen und dann wieder in solche, die mit schweren Störungen im Nervensystem zusammenhängen. In der ersten Gruppe — der hysterischen — handelt es sich um angio-

Digitized by Google

neurotische Blutungen, in der zweiten um schwere organische Nervenleiden, wie allgemeine Paralyse, Tabes dorsalis, toxische Neuritis, Kohlenoxyd-Vergiftung. In diese angioneurotische Gruppe gehören auch die Blutungen, die in der Nachbarschaft einer ganz geringfügigen Laesion zu entstehen pflegen, z. B. die lebensbedrohenden bei kaum erbsengroßen Geschwülsten oder einem stecknadelkopfgroßen Tuberkel. Derselbe angioneurotische Typus scheint auch im umgekehrten Bild tätig zu sein. Man sieht sehr häufig nach verschiedenartigen Eingriffen Haemorrhagieen still stehen, z. B. eine Blasenblutung durch Blasenschnitt, eine Nierenblutung durch eine einfache Exploration der Niere, Nephrotomie oder auch Edebohls'sche Operation. So erklären sich auch auf angioneurotischem Wege die Heilerfolge dieser Operationen bei der acuten oder chronischen Nephritis.

In die erste Albarran'sche Gruppe gehört der Fall von Schmidt (Initiale lebensgefährliche Haematurie infolge ulceröser Tuberkulose der Nierenpapille. Münchener med. Wochenschr. pag. 138). Beim Tragen einer schweren Last entstand plötzlich ein heftiger Schmerz im Leib, dem eine Stunde später Haematurie folgte. Die cystoskopische Untersuchung lehrte, daß die fortdauernde Haematurie ihre Ursache in der rechten Niere hatte. Obwohl die Lunge ganz normal war, machte man doch mit 3 mgr. die Tuberkulinprobe, die positiv ausfiel. Der Patient wurde operiert und genas.

Über intermittierende Hydronephrose sprach in der société de chirurgie (Progrès médic. pag. 185) Bazy. Der Inhalt ergibt sich aus dem Titel. Die acute Hydronephrose bespricht Arnold Laa (refer. nach den „Monatsberichten für Urologie" pag. 58). Die acute Hydronephrose entsteht infolge einer Torsion, Faltung, Umwicklung, Einschnürung, Knickung etc. des Ureters infolge einer Dislocation der Niere. Der Symptomencomplex besteht in anfallsweise auftretenden 3—5 tägigen Schmerzperioden und plötzlicher darauffolgender Entleerung des Nierenbeckens. Später kann Verwachsung des colons mit der Niere, ja selbst Occlusion des Darms infolge Dislocierung des colons, ferner Pyonephrose und Nierenverödung eintreten. Die Therapie besteht in der Nephrorraphie.

Therapie.

I. Interne Therapie.

A. Über die Diät, die man bei Nierenkrankheiten verwenden soll, liegen eine Anzahl von Arbeiten vor.

Digitized by Google

Über des Referenten Schrift ist in diesen Blättern, pag 35 schon berichtet worden. Mit ihr in einem gewissen Widerspruch steht die Arbeit von Köster (refer. nach der „Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie", pag 56). Derselbe hat bei 20 Fällen von chronischer Nephritis den Urin 4 mal täglich auf Eiweißgehalt und Sediment untersucht und leitet folgende Sätze aus seinen Erfahrungen ab: 1. bei akuter Nephrititis ist strenge Milchdiät angezeigt; eine Änderung derselben darf erst eintreten nach Aufhören des akuten Reizes. 2, das gleiche gilt für den Verlauf einer akuten Verschlimmerung einer chronischen Nephritis. 3. die Behandlung einer chronischen Nephritis beginnt am besten mit strenger Milch- oder Michvegetabiliendiät; wenn aber die Eiweißausscheidung einige Zeit konstant gewesen ist, kann man ohne Gefahr dem Patienten mehr gemischte Kost, auch selbst Fleisch aller Art verabreichen. 4. Ödeme und Ascites sind keine Contraindication gegen gemischte Kost. 5. Gleichgiltig ist es, ob rotes oder weißes Fleisch gereicht wird; dagegen sind Alkoholika und scharfe Gewürze auszuschließen. 6. Es ist oftmals vorteilhaft, nach einer einige Zeit fortgesetzten Fleischdiät für kurze Zeit strenge Milchdiät anzuordnen, da während dieser Zeit ein Rückgang der Eiweißabsonderung eintreten kann, der später bestehen bleibt. Seinen bekannten Anschauungen über die Diät bei der Schrumpfniere gibt Noorden in einem englischen Aufsatze Ausdruck (The dietetic of contracted kidney refer. nach der „Zeitschrift für diätische und physikalische Therapie", pag 56). Es verbietet den Alkohol und die Gewürze; den Genuß von Kaffee, Thee und Tabak, erlaubt Fleisch ohne einen Unterschied zwischen rotem und weißem zu machen und rät mit der Flüssigkeitszufuhr recht bescheiden zu sein. Gewissermaßen ein Fanatiker der Milchdiät ist Winternitz, der in einem — wie immer glänzend geschriebenen — Aufsatze (Physikalische und diätetische Behandlung des Hydrops. Blätter für klinische Hydrotherapie Nr. 1) seine Erfahrungen mitteilt. Er wettert gegen die Trockenkuren bei Nephritis. Wir dürfen dem Körper nur dann Wasser entziehen, schreibt er, wenn sein Gehalt an diesem Stoffe ein zu großer ist. Anderenfalls entstehen Gefahren von ganz unberechenbarer Tragweite für die Umsetzungen in allen Organen. Wir wissen, daß bei vielen Kachexieen, wenn die Ausscheidung der Zersetzungsprodukte des Körpers gehemmt oder verlangsamt wird, die schwersten Intoxikationserscheinungen hervortreten; hüten wir uns also, künstlich das Zustandekommen von solchen zu begünstigen. Ein sehr konzentrierter Harn dürfte auch die Epithelien der kranken Glo-

meruli reizen; die Ausschwemmung der die Abflußkanäle mechanisch verlegenden Zylinder dürfte gehemmt werden u. a. mehr. Die beste Therapie sei die Milchkur, die er in folgender Weise anwendet: Die Milch muß in stets gleicher Qualität — im Beginn der Kur mit Ausschluß jeder anderen Nahrung — in bestimmten Intervallen und in allmählich steigenden Quantitäten gereicht werden. Bei Erwachsenen genügt es meist, wenn 3 bis 4 mal täglich in strenge festgesetzten Zwischenräumen die bestimmte Milchportion gereicht wird. Es ist zweckmäßig, sich zum Beginn der Kur an möglichst kleine Dosen zu halten. Manchmal muß bis auf eine ganze ja bis auf eine halbe Kaffeeschale Milch (100—50 ccm.) herabgegangen werden, besonders dann, wenn nach Ablauf des Intervalles noch Zeichen unvollkommener Verdauung der vorangegangenen Dosis wie Aufstoßen, Magendruck u. a. vorhanden sind. Je geringer die gereichte Einzelgabe ist, desto kürzer müssen die Intervalle sein. Im Notfall kann man die Milch stündlich und halbstündlich eßlöffelweise geben. Sie soll recht langsam, schluckweise getrunken werden, um sich in der Mundhöhle innig mit Speichel zu vermischen. Dadurch verhindert man die großklumpige Gerinnung im Magen. Am besten ist die abgerahmte Milch. Man braucht sich nicht vor einer Unterernährung zu fürchten. Anders urteilt die nun folgende Arbeit, betitelt „Zur Frage über die Ernährung von Nephritikern mit weißem und rotem Fleisch" von A. Kuschnir (ref. nach der „Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie", pag 57). Es fand sich weder in der täglichen Urinmenge, noch im Gehalt an N, U, U und Extraktivstoffen ein ausgesprochener Unterschied ob man rotes oder weißes Fleisch gab. Die Assimilation der Nahrung aber ging bei Fleisch und bei gemischter Diät besser vor sich als bei Milchdiät. Auch der Eiweißgehalt des Urins und sein Gehalt an geformten Elementen und selbst das Allgemeinbefinden der Kranken war bei gemischter Diät ein besseres als bei der Milchdiät. Man kann also Nephritikern ruhig gemischte Kost oder beliebige Fleischnahrung gestatten.

Grube sprach in der 25. Versammlung der deutschen balneologischen Gesellschaft in Aachen „über den Einfluß der Diät auf die Eiweiß-Ausscheidung bei den chronischen Nierenentzündungen" (ref. nach der „Wiener med. Wochenschrift", 1904, pag 547). Die ausschließliche Milchdiät verwirft auch er. In der Milch fehlen einmal gewisse zur Erhaltung des Stoffwechselgleichgewichts nötige Substanzen, wie Mineral- und Eisensalze und dann ist besonders, wenn gleichzeitig auch das Herz affiziert ist, die Flüssigkeitsmenge zu groß, die man geben

muß, um die nötige Kalorienmenge in den Kranken hineinzuschaffen. Der Eiweißgehalt des Urins und Ödeme nehmen oft ab, wenn man zu einer gemischten Diät übergeht, in der die Proteïde nicht überwiegen. Dunkles Fleisch ist ebensowenig schädlich; wie weißes. Dagegen sind Alkohol und Vanilin, sowie größere Kochsalzmengen schädlich; von geringeren Gaben an Chlornatrium und Gewürzen kann man dies nicht ohne weiteres behaupten.

Im gleichen Zusammenhang ist noch die Arbeit von Padoa („Neuer Beitrag zum Studium der Harnzylinder". Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 2) zu erwähnen. Ernährung und Zylindrurie sind nach ihm ätiologisch getrennte Begriffe. Ein einziges Mal sah er nach dem Genuß von Rindfleischkonserven ein Anschwellen der Zahl der hyalinen Zylinder und ein erneutes Auftreten von granulierten. Aber in vielen anderen Fällen wurde die gleichen Konserven anstandslos ertragen. Man sieht soviel Arbeiten, soviel Meinungen. In den Streit: „rotes und weißes Fleisch, hie Milch — hie gemischte Nahrung, hie Ausschwemmung — hie Trockendiät und wie die Schlachtrufe alle heißen", hat sich neuerdings ein jetzt noch leises Stimmchen gewagt, das aber nach des Referenten Meinung wohl noch in der Küche der Nierenkranken recht laut werden wird. Es handelt sich um die Einschränkung des Kochsalzgenusses. Nach Cornet (Chloruration et Dechloruration. „Progrès médical", pag 131) entstehen die Ödeme durch Chlorretention. Aus dieser erklären sich die traurigen Effekte des gewöhnlichen Regimes, besonders der Bouillon, die bei Herzkranken mit oder ohne Kompentation nach Wagner (Revue française de médic. et chirurg. No. 6) in jeder Periode schädlich wirken. Das Normalmaß um den Organismus zu erhalten, sind (nach Achard ebendort pag 125) 1—2 gr Kochsalz pro die; darüber hinaus kann jedes Gramm schädlich werden. Entchlorung wirkt nützlich, sei es daß man sie durch Diurese, Diaphorese, Diarrhoeen, Punction oder schließlich durch die Art der Ernährung zu erzielen versucht. Als chlorarme Nahrungsmittel sind neben der Milch noch die künstlich chlorarm gemachten nach Widal oder Chantemesse zu betrachten. Die günstige Wirkung eines chlorarmen Regimes kommt nicht nur bei den Ödemen der Nieren- Herz- und Leberkranken zum Vorschein, sondern sogar bei der Phlegmasia alba dolens, die Chantemesse, der der Venenverstopfung nur ein ätiologisches Hilfsmoment zugesteht, der Chlor-Retention zuzuschieben versucht. Prognostisch wertvoll ist es zu wissen, daß auch eine Polyurie nicht immer einer Polychlorurie entspricht.

Jacquet (Soc. médicale des hopitaux. 12. II. 1904. „Semaine méd.", pag 52) bespricht einen Fall von Coryza albuminurique amélioré par l'hypochloruration. Ein Kranker, der an leichter Albuminurie litt, wurde von Müdigkeit, Schlaflosigkeit und besonders von einem chronischen Schnupfen geplagt. Eine chlorarme Diät vermochte ihm Besserung zu bringen und selbst als ein Übergang zum alimentären Regime einen Rückfall erzeugt hatte, vermochte eine chlorfreie Kost ihn bald und dauernd zu heilen.

Daß eine sogenannte Nephritis-Diät bei orthotischer Albuminurie schädlich zu wirken imstande ist, behauptet Broatbent (refer. nach den „Monatsber. für Urologie", pag 121) in einer Note on Postural Albuminuria. Wenn er auch zweifellos im großen ganzen Recht hat, so hält es der Referent doch für recht ratsam, auch in solchen Fällen mit Gewürzen, Alkohol und Salzen recht vorsichtig zu sein.

B. Die einzige Arbeit, die sich in diesem Quartal mit dem Einfluß der Mineralwässer auf die Nierenfunktion beschäftigte, ist die von Wessely, der in der „Prager medizinischen Wochenschrift", pg. 43 die Beeinflussung der Gefrierpunktserniedrigung und der elektrischen Leitfähigkeit des Harns durch den Gebrauch der Marienbader Rudolfs-Quelle bespricht. Die Gefrierpunktserniedrigung des Urins sank beim Gebrauch der Rudolfsquelle ebenso wie die elektrische Leitungsfähigkeit desselben, während die Urinmenge zunahm. Die Quelle ist also ein echtes Diureticum. Ihre Salze reizen besonders den wassersecermierenden Teil der Niere zu erhöhter Arbeit, während die Valenzzahl nicht merklich beeinflusst wird.

C. In den Arbeiten, welche sich mit den verschiedenen Diuretica befassen, handelt es sich fast stets um die neu eingeführten Theocin und Theophyllin. Nur wenige beschäftigen sich mit den Theobrominpräparaten. Reche (Über klinische Beobachtungen mit Agurin. — Deutsche Medizinalzeitung pag 53) lobt das Agurin außerordentlich als Diureticum auch für Nephritis und seine mitgeteilten Krankengeschichten scheinen dies Lob auch zu bestätigen. Die Dosis beträgt 4 mal täglich 0,5 gr. Es kann dauernd ohne Schaden genommen werden und seine Wirkung scheint nicht nachzulassen, Nicht so begeistert drückt sich Plavec („Über den klinischen Wert der Theobrominpräparate": Wiener klin. — therapeut. Wochenschrift Nr. 6) aus. Weder Diuretin noch Agurin wirken nach ihm bei reiner Nephritis diuretisch; ihr Wirkungsfeld beschränkt sich auf die Hydropsieen, welche durch Zirkulationsstörungen hervorgerufen sind. Da im Magen aus beiden Präparaten sich bald

Digitized by Google

Theobromin abscheidet, so ist es ziemlich gleichgiltig, welches von beiden Medicamenten man gibt: Das Diuretin soll im Allgemeinen lieber von den Kranken genommen und auch besser vertragen werden, als das Agurin, das zudem eine bestehende Cystitis noch mehr verschlimmert, als das Diuretin. Der „Merck'sche Jahresbericht" (Darmstadt 1904), der über 13 Arbeiten berichtet, die im letzten Jahr über das Agurin erschienen sind, drückt sich viel günstiger aus.

Über das Theocin und Theophyllin ist in diesem Quartal — neben drei Originalarbeiten — ein Sammelreferat von Boltenstern erschienen („Über Theophyllin, Theocin." — Allgemeine medizinische Zentral-Zeitung 1904, pag 45), das nicht wenjger als 23 Arbeiten zusammenstellt. Der Merck'sche Bericht verzeichnet 17. Die Originalarbeiten sind: Sigel, Therapeutische Beobachtungen. (Berliner klin. Wochenschrift 1904, pag 17), — Schmitt: Sur la théocine (ref. nach dem „Zentralblatt für innere Medizin" 1904, pag 304) und Alkan und Arnheim: Erfahrungen über Theocin und Theophyllin. (Therapeutische Monatshefte 1904, pag 27.) Alle sind einig, daß das Theophyllin als das zur Zeit stärkste Diureticum bezeichnet werden kann. Seine Wirkung tritt am 2. und 3. Tag auf und kann — wie in einem Fall von Alkan und Arnheim — eine Harnentleerung von $6^1/_2$ Litern erzeugen, sie sistiert aber schon am 4. Tage und läßt sich auch durch weitere Gaben von Theocin nicht mehr erzwingen. Erst nach einer längeren Pause bekommt es wieder seine alte Gewalt. Die Diurese tritt nur dann ein, wenn Herz und Nieren noch nicht völlig insufficient sind. Alkan und Arnheim erklären sich die Wirkung des Mittels durch einen Reiz auf die secernierenden Zellen; der starken Wirkung entspricht am nächsten Tage schon eine Erschlaffung der übermäßig in Anspruch genommenen Zellen, die durch fortgesetzte Gaben von Theophyllin noch vermehrt wird. Demgemäß stellen sie folgende Indikationen auf:

1. Da bei der chronisch interstitiellen Nephritis sich stets noch gesunde Partien vorfinden, so ist die Vorbedingung zu einer ergiebigen Theocinwirkung da. In solchen Fällen leitet man die Behandlung mit Theocin ein, entlastet durch 1—2 tägige Gaben den Kreislauf und schafft so Verhältnisse, unter denen Digitalis und andere vorher nutzlos angewandte Mittel ihre Arbeit unter günstigen Bedingungen leisten können.

2. Bei der Stauungsniere sind dagegen sämtliche secernierende Zellen gleichermassen durch die allgemeine oder lokale Stauung geschädigt. Hier muß das Digitalis dem Theocin vorarbeiten.

3. Liegt eine entzündliche, diffuse, akute Schädigung des gesamten Nierenparenchyms vor, so ist natürlich das Theocin als Reizmittel kontraindiciert.

Schmitt hat, übereinstimmend mit früheren Beobachtern, Nebenwirkungen gesehen. Es traten Reizerscheinungen von Seiten der Darms und ganz besonders nervöse Excitationszustände auf. Um erstere zu verhindern, rät Boltenstern das Mittel nicht in Pulverform, sondern in Solution (Thee) zu geben, letztere sucht man zu umgehen, indem man das Mittel mit Hedonal (1,0) zusammen reicht. Die Einzelgabe dürfte 0,25—0,3 sein, die Maximaldosis pro die höchstens 0,9; am besten gibt man 0,75 gr in drei Einzelportionen zwei Tage hintereinander.

D. Drei interessante Arbeiten beschäftigen sich mit der therapeutischen Beeinflussung der Nierenkrankheiten durch physikalische Mittel. Die wichtigste ist die Arbeit von Bendix „Wechselbeziehungen zwischen Haut- und Nierentätigkeit". Deutsche med. Wochenschrift. 1904 Nr. 7, pag. 233). Die Tätigkeit der Haut kann vicariierend für die Nieren eintreten. So kommt es nicht zu einer — unter anderen Umständen auftretenden — alimentären Glykosurie, wenn ein starßer Schweißausbruch mit Ausscheidung des Zuckers durch die Haut auf irgend eine Weise hervorgerufen wird.

Bei gesunden Tieren und Menschen gelingt es nie die normale Blutgefriertemperatur durch Schwitzen zu beeinflussen, ebensowenig glückte es Bendix durch diese Prozedur die Gefrierpunktserniedrigung von nephrektomierten Tieren auf das normale Maß herunterzudrücken, womit aber nach Ansicht des Referenten durchaus nicht gesagt ist, daß die Schweißsecretion gar keinen Einfluß auf δ gehabt hat. Sie war nur ungenügend. Bei nierenkranken Menschen aber — und das scheint eine sehr wichtige Tatsache —, die mit dem Phénix à air chaud behandelt wurden, gelang es in mehreren Fällen verhältnismäßig leicht durch einen starken Schweißausbruch die pathologische Depression des Gefrierpunktes fast zur Norm zurückzuführen. Die wenigen Ausnahmen betrafen stets sehr schwere Fälle. Dieses Resultat erscheint zunächst, so angenehm es ist, doch recht befremdlich. Der Schweiß stellt ja, wie auch Bendix wieder nachweist, eine dem Blute hypotonische Lösung dar und wenn auch nach Strauß u. a. bei chronischen Nierenkranken der Schweiß reicher an gelösten Substanzen ist, als in der Norm, so muß man sich doch nach Bendix zu der Annahme bequemen, daß der Körper irgendwo Wasserreservoirs unterhält, in denen stets reichliche Vorräte lagern, die zur Ausschwemmung fester Substanzen in Aktion

treten können. Diese Annahme steht in direkter Beziehung zu den Versuchen Rzetkowskis, über welche Esch in der „Deutschen Medizinalzeitung vom 25. I. 1904, pag. 65 („Eine experimentelle Erklärung der Aderlaßwirkung") berichtet.

Beim Schwitzen treten nach Rzetkowsky folgende Erscheinungen auf:

1. Durch die Erwärmung der Körperoberfläche tritt eine Erweiterung peripherer Gefäße und durch das entstandene Vacuum ein Flüssigkeitsstrom aus den Geweben in das Gefässystem auf.
2. Dieser Flüssigkeitszufluss kann den Wasserverlust, den das Blut durch das Schwitzen erlitten hat, ersetzen und übersteigen. Demgemäß tritt statt der Bluteindickung eine Blutverdünnung auf.
3. Der Flüssigkeitszufluss zu dem Gefäßsystem verursacht eine gesteigerte Zufuhr roter Blutkörperchen aus den blutbildenden Organen welche, die momentan gestörten normalen Verhältnisse zwischen den flüssigen und zelligen Bestandteilen des Blutes wieder auszugleichen suchen.

Genau so ist es nach Esch auch beim Aderlaß. Durch denselben wird ein Vacuum erzeugt, das dem durch Schwitzen hervorgerufenen entspricht und die weiteren Vorgänge gleichen sich völlig.

Man muß gestehen, daß diese Erklärung sehr viel Bestechendes an sich hat. Sie macht die Abnahme von δ durch einen starken — an und für sich hypotonischen — Schweißausbruch verständlich und erklärt auch die Dauerwirkung der in Rede stehenden physikalischen Maßnahmen durch die Überschwemmung des Kreislaufs mit leistungsfähigen jungen Erythrocyten.

Eine interessante Lehre Bacellis, die er schon seit 20 Jahren übt, findet sich in einem römischen Brief der „Münchener med. Wochenschrift" (pag. 38). Er geht von der Ansicht aus, daß man nicht genug Gewicht auf die bei den Nierenkrankheiten auftretende venöse Stauung zu legen pflege, obwohl diese Stauung Epitheldegeneration in den Nieren und andere schlimme Folgen erzeugen könne. Wird nun der Blutdruck in der cava ascendens vermindert, resp. negativ gemacht, so tritt eine Art von Aufsaugung des in den Nieren gestauten Blutes in dies Gefäß ein, sodaß eine Entlastung des sozusagen erstickenden Organs erfolgt. Das Experiment und die Erfahrung haben gelehrt, daß die Verminderung des Druckes am raschesten und deutlichsten vor sich geht, wenn das Blut einem entfernteren Ast der „cava

Digitized by Google

ascendens" entnommen wird. Baccelli führt daher den Aderlaß an der „vena peditia" aus und entfernt mindestens 300 ccm. Der Erfolg ist stets ein prompter. Das Blut verschwindet aus dem Harn und die Urinquantität nimmt zu.

E. Einen von allen Überlieferungen abweichenden Weg der Therapie schlägt Renaut ein („Opothérapie renale et Albuminurie". — le progrès médical pag. 5). Im Anschluß an die Mitteilungen von Raphaël Dubois, gab er eine Maceration von Schweinenieren und will bei der Nieren-Insufficienz, bei Oligurie und Albuminurie gute Erfolge gesehen haben. Seine Methode, behauptet er, reduziere sicher das Eiweiß des Urins, könne es zum Verschwinden bringen und wirke sogar durch die lange Dauer der funktionellen Erholung und die dadurch begünstigte Restaurierung des Nierenparenchyms direkt heilend! Sie sei eine antitoxische Methode. Das Antitoxin werde durch innere Sekretion des Flimmerepithels der gewundenen Kanälchen erzeugt, und werde durch die Verdauungssäfte nicht angegriffen, so daß man es per os geben könnte. Bei längerem Gebrauch erzeuge es kleine toxische Erscheinungen, wie pruritus, urticaria, miliaria, Schweißausbrüche, nach längerer Zeit auch leichte Magenstörungen. Die Methode verdiene es, praktisch eingeführt zu werden. Ihre einzige Unannehmlichkeit bestehe darin, daß man genötigt sei, die Maceration täglich frisch herzustellen. Wie heißt doch das Couplet? „Glauben Sie?" „Wer, ich? O nein." „Und so was druckt man rein!"

F. Chirurgie. Eine sehr ausführliche Zusammenstellung der chirurgischen Maßnahmen gegen „Morbus Brightii" gibt Guiteras (ref. nach dem „Centralblatt für Chirurgie", pag. 372). Als operative Eingriffe zur Heilung oder Besserung der Nephritis kommen in Betracht:

1. Die partielle Decapsulation einer oder beider Nieren und Befestigung der entblößten Nierenoberfläche an der Muskulatur durch Nähte, die durch die capsula propria geführt sind.

2. Entfernung der ganzen fibrösen Kapsel und Wiedereinbettung der Nieren in die Fettkapsel. Die Theorien bezüglich der Wirkung der Operation sind verschiedenartig. Die Steigerung der Zirkulation ist es wohl, die durch Schaffen neuer Bahnen günstig wirkt. Aus Tierexperimenten geht übrigens hervor, daß sich allmählich die exstirpierte capsula fibrosa wieder neu bildet. Daher schafft die Operation nur vorübergehend bessere Zirkulationsverhältnisse in der Niere. Die konservative innere Behandlung soll solange fortgesetzt werden, als das Allgemeinbefinden des Patienten ein günstiges ist; macht die

Erkrankung schnelle Fortschritte, so soll operiert werden. Die günstigsten Resultate erzielt man durch die Decapsulation und Fixation beweglicher Nieren, bei denen Zylindrurie und Albuminurie vorhanden waren. Bei interstitieller Nephritis sind die Resultate oft ebenfalls gut, doch war die Mortalität 26%, bei chronisch-parenchymatöser waren 25%, bei chronisch diffuser Nephritis gar 57% Todesfälle zu verzeichnen. Die Statistik von 120 verschiedenen Operationen ergibt 16% Heilungen, 40% Besserungen, 11% erfolglose und 33% Todesfälle.

Ebenfalls eine Zusammenstellung „du traitement chirurgical des néphrites" gibt Leopold Le Nouëne (ref. nach den „Progrès médic.", pag. 57.) Bei acuten eitrigen Nierenentzündungen soll operiert werden. Ob Nephrotomie oder Nephrectomie hängt natürlich vom Zustand der andern, ader auch vom Zustand der betroffenen Nieren selbst ab. Die erstere Operation genügt häufig, um eine Vereiterung der Niere zu verhüten und bei nicht bestehender Eiterung einer solchen vorzubeugen. Bei chronischen Nephritiden darf nur bei sehr heftigen Schmerzen und bei sehr starken einseitigen Haematurien incidiert werden. Die beste Operation ist die Entkapslung nach Edebohls. Dieser selbst (ref. nach den „Progrès méd.", pag. 58) gibt an, daß er nur 13% Mortalität und sehr gute Resultate mit seiner Entkapselung zu verzeichnen habe und bezeichnet jede Brightsche Krankheit, die bei innerer Behandlung nicht besser wird, als geeignet für seine Operation.

Cavaillon et Trillat (Presse médic. 3./1904.) besprechen in einem Aufsatze die Behandlung der Brightschen Krankheit durch Entfernung der Nierenkapsel nach Edebohls. Sie geben die Operations-Resultate des New-Yorker Chirurgen wieder. Unter 51 Operationen sind 47 zwei- und 4 einseitig gewesen. 7 starben sofort, 7 in einem Zeitraum von 2 Monaten bis 8 Jahren; die mittlere Lebensdauer betrug 1 Jahr 8 Monate. 2 haben keine Besserung verspürt, 22 dagegen deutliche und andauernde Besserungen, die 2—5 Monate nach der Operation eintraten; Von diesen sind 9 Fälle dauernd geheilt geblieben. Ein Recidiv trat noch nach 4 Jahren auf. Die 51 Fälle verteilten sich auf 29 Schrumpfnieren, 14 diffuse und 8 epitheliale Nephritiden. Von den 29 Fällen der chronisch-interstitiellen Nephritis soll in nicht weniger als 9 Fällen die Erkrankung einseitig gewesen sein. Cavaillon und Trillat versteigen sich bis zum Ausspruch, daß Edebohls einen Weg gezeigt habe, um die bisher unheilbare chronische Nephritis zu heilen.

Anhang II.

Eclampsie.

Die Lehre von der Eclampsie hat sich in den letzten Jahren zu einem stattlichen Gebäude ausgebaut. Da sie in einem inneren Zusammenhang mit den Erkrankungen der Niere steht, so möge es um so mehr erlaubt sein, eine kurze zusammenfassende Darstellung von ihr zu geben, als in dem vorliegenden Quartal eine ganze Reihe von Arbeiten über sie erschienen sind, die zum Teil von bleibendem Werte sein werden.

Zunächst ist zu erwähnen die Arbeit von Dienst („Über den Verbreitungsweg des Eclampsie-Giftes bei der Mutter und ihrer Leibes-Frucht". Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1904 H. 1). Dienst hat bekanntlich eine Theorie der Eclampsie-Entstehung aufgestellt, wonach die ungenügende Elimination fötaler Abfallstoffe die Nieren und dann auch die Leber der Mutter schädigt. In Folge der ungenügenden Tätigkeit des letzteren Organs gelangen nunmehr unvollständig oxydierte, daher aus größeren Molekülen, die nicht harnfahig sind, bestehende Stoffwechselprodukte der eigenen regressiven Metamorphose des mütterlichen Eiweißes in den Kreislauf und erzeugen das klinische Bild der Eclampsie. Wenn diese Stoffe längere Zeit im Blute gekreist haben, so gelangen sie auch in die Placenta und aus dieser zum Kind. Es muß also eine schwere ältere Eclampsie der Mutter eine eclamptische Erkrankung des Kindes nach sich ziehen. Dafür gibt Dienst zwei Krankengeschichten, von denen besonders die zweite recht interessant ist. Die Mutter, die an einer „Eclampsia intra partum" erkrankt war, genas, während das Kind nach 27 Stunden Eclampsie bekam, im Urin Albumen, Cylinder, Leucin ausschied und nach wenigen Stunden starb. Die Sektion ergab die typischen Leber- und Nierenveränderungen. Es waren also die widerstandsfähigen mütterlichen Organe der Gifte Herr geworden, die Leber konnte die unvollkommen oxydierten Substanzen in harnfähige umwandeln und die Niere die verarbeiteten Stoffe eliminieren; die schwachen Organe des Kindes aber vermochten den Kampf nicht auszuhalten und das Kind unterlag.

Auf Seiten von Dienst steht Seydel („Über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der eclampsia gravidarum". Deutsche med. Wochenschr. pag 135 und 141). Er stellt zunächst fest, daß man heute das typische Sektionsbild der Eclampsie als gesichert anerkennen müsse. Herdförmige Degenerationen in fast allen lebenswichtigen Or-

ganen und multiple Thrombosen in den Kapillaren werden konstant angetroffen. In der Niere ist das sezernierende Epithel der Harnkanälchen, in der Leber die Peripherie der acini, im Gehirn Rinde und Hirnstamm Sitz von nekrotischen Herden. Nicht der Befund am einzelnen Organ ist für Eclampsie charakteristisch, sondern die Summe aller Veränderungen: das gesamte Sektionsbild. Die Nieren-Entzündung ist als eine accidentelle, nicht für Eclampsie charakteristische Erscheinung, die freilich recht oft angetroffen wird, anzusehen. Wohl aber gehören die Thrombosen in den Gefäßschlingen der Glomeruli zu den typischen Erscheinungen des Sektionsbildes. Genau die gleichen Erscheinungen wie bei der Mutter finden sich beim totgeborenen oder bald nach der Geburt gestorbenen Kinde.

Für die Entstehung der Eclampsie wichtig ist der Befund eines stark vermehrten Fibrinprozentes. Man hat zwar daraus sofort geschlossen, daß toxisch wirkende Globuline im Blut anwesend sein müßten, aber es bis jetzt noch nicht gelungen, diese Giftstoffe zu fassen. Die Versuche die Giftigkeit des Harns und des Serums zu prüfen, müssen als gescheitert betrachtet werden, die Bestimmungen des Gefrierpunktes des Blutes führten zu unlösbaren Widersprüchen und auch die Ehrlich'schen Toxinmethoden haben bisher versagt. Trotzdem ist man bis auf einige wenige Autoren, die an eine Infektion glauben, einstimmig der Ansicht, daß sich die Eclampsie in Folge einer Autointoxikation entwickle. Die Quelle der toxisch wirkenden Substanzen wird zunächst im mütterlichen Stoffwechsel gesucht. Einige nehmen eine primäre Schädigung der Leber, andere eine solche der Nieren in Folge des Drucks von Seiten des schwangeren Uterus an. Nicholson vermißte bei Eclamptischen die physiologische Schwangerschaftshypertrophie der glandula thyreoïdea und sieht die Ursache der Eclampsie in der Insuffizienz der Schilddrüsenfunktion.

Die Dienst'sche Hypothese macht die Abfallstoffe des fötalen Stoff-Wechsels verantwortlich. Ihre Grundzüge sind bei Besprechung der vorigen Arbeit erwähnt, im übrigen als bekannt vorauszusetzen. Wird die Giftquelle rechtzeitig durch Beendigung der Geburt oder Absterben des Fötus ausgeschaltet, so klingen die Symptome der Eclampsie schnell ab; sind aber in diesem Moment schon schwere Läsionen der mütterlichen Organe vorhanden, so dauert die Behinderung der Ausscheidung von Stoffwechselprodukten an, die Nekrosen in den verschiedenen Organen mögen überdies als weitere Giftquellen wirken: Der Organismus erliegt der Giftwirkung. Erfolgt die Entbindung vor Ausbruch der

Eclampsie, so können gelegentlich die bereits vorhandenen Schädigungen der mütterlichen Organe noch den Ausbruch der Krankheit im Wochenbett veranlassen. Trotzdem diese „fötale Theorie" sehr gut durchgearbeitet ist, so vermag sie doch nicht alle Erscheinungen zu erklären. Es kommen bekanntlich Fälle vor, in welchen die Eclampsie erst im Spätwochenbett auftritt. Dann sollte man eigentlich erwarten, daß Herzfehler und chronische Nephritis stets zur Eclampsie führen müßten, aber das ist durchaus nicht immer der Fall.

Derselbe Cavaillon hat in Gemeinschaft mit Patel („Du traitement chirurgical des néphrites", — ref. nach dem „Zentralblatt für Chirurgie", pag 342) über eine 44 jährige Kranke mit einseitiger chronischer Nephritis, die sich namentlich in schweren Anfällen von Nephralgie äußerte, berichtet. Die lumbale Freilegung der Niere ergab Verwachsungen und Entzündung der Niere. Man trug die Kapsel ab uud es trat Heilung ein. Einen ähnlich günstigen Erfolg erzielte Jaboulay (ebendort).

Am besten unter all diesen Arbeiten hat dem Referenten eine deutsche gefallen, die von Stern („Beiträge zur chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis". — Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1904, Bd. XV, Heft 1). Obwohl er sehr vorsichtig in seinen Schlüssen ist, so glaubt er doch, daß es angängig sei, häufiger als bisher bei chronischer Nephritis einen chirurgischen Eingriff in Erwägung zu ziehen, vorausgesetzt daß vorher alle Mittel der internen Therapie versucht worden sind. Besonders empfiehlt er die Operation bei Anurie, wo sie oft lebensrettend wirken kann, aber auch in schweren chronischen Fällen. So gelang es ihm in einem Fall, der enorme Ödeme, Ascites einen Urin mit 4% Eiweiß, Epithel- und Fettzylindern, eine Blutgefrierpunktserniedrigung von —0,60° und Sehstörungen zeigte, durch die Nephrotomie eine heilende Harnflut nicht nur aus der operierten, sondern auch aus der anderen Niere zu erzeugen. Es trat Heilung ein, die dauernd blieb. Solche Fälle geben doch zu denken. Jedoch darf andererseits nicht vergessen werden, daß die Resultate Stern's nicht gerade glänzend sind. Von 7 operierten Fällen starben 3: einer direkt in Folge der Operation ohne Schuld des Operateurs, einer 3 Wochen nach der Operation an einer Verschlimmerung der Grundkrankheit; der 3. Todesfall, der der Zeit nach der erste ist, läßt sich auf die damals noch ungenügend entwickelte Technik zurückführen. In leichteren Fällen meint Stern die Kapselspaltung mit Punktion der Niere, eventuell die Edebohls'sche Operation, in schwereren die Spaltung der Niere, empfehlen zu können, doch

glaubt er, daß genauere Indikationen, welches Operationsverfahren zu wählen ist, erst von der Zukunft gelehrt werden könnten.

Der Vollständigkeit halber möge noch ein technisch interessanter Aufsatz von Kablukow (refer. nach den „Monatsberichten für Urologie", pag 126); der eine Resektion der rechten primär-carcinomatösen Niere neben gleichzeitiger radikaler Entfernung einer umbicalen und inguinalen Hernie beschreibt.

Nierenverletzungen sind beschrieben worden von Fewson („Nierenverletzungen gerichtsärztlich". — Deutsche Medizinalzeitung No. 13, 14, 15), der eine Zusammenstellung alles dessen bringt, was der Gerichtsarzt über Nierentraumen wissen soll, und Fahr: „Ein Fall von totaler Ruptur der linken Niere". (biolog. Abteilung des ärztlichen Vereins Hamburg offic. Protokoll: Münch. med. Wochenschr., pag 138).

Anhang I.

Allgemeines. Entwicklung und pathologische Anatomie der Nieren.

André: Conférences pratiques d'urologie clinique. (Paris, Baillière et fils 1904.)

Fränkel Sigmund: Praktischer Leitfaden der qualitativen und quantitativen Harnanalyse. (Wiesbaden, Bergmann 1904.)

Lenhartz: Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. 4. Auflage. (Berlin, Julius Springer. 1904.) Ein ganz vorzügliches Buch.

Posner: Therapie der Harnkrankeiten. (Berlin, Hirschwald. 1904.)

Hauck und Beer schrieben je über normale Entwicklung der Nieren (s. Monatsberichte für Urologie pag 116 und 117); Cathelin (Zentralblatt für Chirurg. pag 359) beschreibt einen Fall von gekreuzter Nierenectopie; Josselig de Jony (Zieglers Beiträge 1904. No. 1) einen Fall eines malignen Nierenbeckencarcinoms. Moffitt (Occid. med. times 1903 Dezember) beobachtete 4 Fälle der seltenen Grawitz'schen Geschwülste (Nidney tumors of adrenal origin). Morris (münch. med. Wochenschr. 1904 pag 156) hält einen sehr großen hämorrhagischen Niereninfarct für mitteilungswert. Ferner sind noch einige Arbeiten über Zystennieren der dem Referenten zugänglichen Litteratur zu finden.

Eine andere Hypothese ist die von Veit, Ascoli und Weichardt, die jedoch besser als nach der Seydel'schen Arbeit nach der von Wormser, (Münchener med. Wochenschr. 1904. pag 7) referiert wird. Wormser macht folgende Einteilung, für die ihm Weichardt (Münchener med. Wochenschr. pag 262) das Kompliment macht, daß er als erster die 3 verschiedenen Theorien auseinanderzuhalten verstanden hat.

Digitized by Google

1. Veit'sche Lehre. Dringen Placentarelemente, also sozusagen körperfremde Bestandteile in das Blut der Mutter ein, so wirken sie, falls sie nicht schnell genug durch Syncytiolysine gelöst werden, toxisch und erzeugen die Eclampsie. Es müßte demgemäß die künstliche Überschwemmung eines graviden Tieres mit Placentarelementen durch Injection einer derselben Tierspecies angehörigen Placentaremulsion von Eclampsie gefolgt sein. Das ist aber nicht der Fall.

2. Ascoli'sche Lehre. Die Eclampsie entsteht durch subdurale Einwirkung der Syncytiolysine oder anders ausgedrückt die Frau bildet zu viel Syncytiolysin und erkrankt daran. Diese Lehre ist an und für sich unwahrscheinlich, besonders auch deshalb weil Schmorl im Blut von eclamptischen Frauen keine Syncytiolysine gefunden hat.

3. Die komplizierte Weichardt'sche Lehre. Bei der Auflösung der verschleppten Placentarelemente durch Syncytiolyse entstehen Eiweißstoffe, die für die Mutter giftig sind: Syncytiotoxine. Während diese in der normalen Schwangerschaft durch genügend gebildetes Antitoxin sofort unschädlich gemacht werden, bleibt die Antitoxinbildung hie und da aus und die Folge ist dann der Ausbruch der eclamptischen Krankheit. Weichardt hat experimentell die pathologisch-anatomischen Zeichen der Eclampsie dadurch erzeugen können, daß er Syncytiolysine auf eine Placentaremulsion wirken ließ und diese aus mehr oder weniger aufgelösten Placentarzellen bestehende Emulsion den Versuchstieren injicierte.

4. Die Liepmann'sche Serumdiagnostik der Schwangerschaft. Die eingeschwemmten Zottenbestandteile wirken wie injicierte fremde Eiweißkörper, führen demgemäß zu Cytolysin-Bildung und erzeugen Praecipitine. Bringt man also Placentarzöttchen in physiologiche Kochsalzlösung und fügt dann das Serum eines Tieres hinzu, in welchem Cytolysine sich finden, so entsteht ein Praecipitat. Leider aber ist es mit dieser Serodiagnostik der Schwangerschaft nicht weit her. Weichardt und Opitz fanden Präcipitine für Placentareiweiß nicht nur bei nicht graviden Frauen. sondern auch bei Männern.

Wormser hat nun alle die Theorien nachgeprüft. Aber er hat weder Syncytiolysin im Reagenzglas auftauchen sehen, noch konnte er die Befunde Weichardt's bestätigen. Jedoch betont er, daß dies an seiner Technik liegen könne und hält weitere Versuche für sehr wünschenswert.

In einem gleichsam als Nachschrift zu dieser Arbeit geschriebenen Aufsatz macht Weichardt (l. c.) auf die Ähnlichkeit des Heufieber-

Digitized by Google

prozesses mit der Eclampsie aufmerksam. Durch die Cytolyse der Gramineen-Pollen entstehen Toxine, die die Krankheit verursachen.

Eine ausführliche Zusammenstellung gibt Meyer-Wirz (klinische Studie über Eclampsie. Arch. für Gynäkologie 1904 pag. 15). Er verfügt über 117 Fälle von Eclampsie, von denen 37 seciert worden sind. Jedesmal — auch bei einem Fall, der intra vitam kein Albumen im Harn gezeigt hatte — fanden sich schon makroskopisch-sichtbare Veränderungen der Nieren. Bei 33 Obduktionen fanden sich Leber — bei 28 Herzveränderuugen. In einem Fall, der theoretisch deshalb interessant ist, weil Winkler behauptet hat, daß die miliaren Lebernekrosen durch Traumen erzeugt würden, waren nie Krämpfe also traumenbildende Vorgänge aufgetreten, sondern es bestand während des ganzen Verlaufs der Krankheit ein dem status epilepticus vergleichbarer komatöser Zustand. Trotzdem zeigte sich bei der Autopsie die ganze Leber mit miliaren Nekrosen durchsetzt. Die Häufigkeit wechselt ungeheuer. In Mecklenburg kommt ein Elampsie-Fall auf 600 Geburten, im Kanton Zürich gar auf 500, in Württemberg aber auf 3600.

Zur Ätiologie führt er zunächst einige Fälle von Spätwochenbett-Eclampsie an und erklärt sich auf Grund dieser Beobachtungen wenigstens gegen die uneingeschränkte Giltigkeit der Dienst'schen Theorie. Er steht mehr auf dem Boden der Veit'schen Lehre. Sind sehr reichliche Syncytialelemente im mütterlichen Blute vorhanden, so entsteht die Eclampsie, sind sie weniger reichlich, so bleibt es bei der Schwangerschaftsnephritis. Nach Besprechung der klinischen Erscheinungen geht der Autor zur Prognose über und gibt eine Mortalität von ca. 20 % bei den Müttern an. Die Schwangerschaftsepilepsie fordert 39 % Opfer, die bei der Geburt auftretende 12 und die post partum entstehende 17 %. Die Therapie ist eine reine gynäkologische. Von allgemeinem Interesse dürfte die Empfehlung einer Kombination der Narkose mit Sauerstoffinhalation sein. Die Chloroformnarkose dürfe nicht während einer Asphyxie begonnen werden.

Nachtrag.

H. Kümmel: Die neueren Untersuchungsmethoden und die operativen Erfolge bei Nierenkrankheiten.

(Archiv für klin. Chirurgie 1904, pag. 1.)

Die moderne Nierenchirurgie steht — hauptsächlich auch durch Kümmels Wirken — unter dem Zeichen der Röntgenröhre, des Kysto-

Digitized by Google

kops und des Harnleiterkatheters, sowie der funktionellen Untersuchungsmethoden, die besonders in der Kryoskopie zum Ausdruck gelangen.

Die Röntgenröhre beherrscht die Nierensteine. Kümmel gelingt es jeden Stein auf der Platte zu fassen. Elfmal sah er Phospate, fünfmal kohlensauren Kalk, sechsmal Oxalate, einmal Harnsäure und einmal Cystin. Selbstverständlich gehört eine besondere Technik und eine gewisse Übung dazu.

Der Ureterenkatheterismus ist das sicherste Mittel, sich „Nierenurin" zu verschaffen. Die Harnscheider geben in manchen Fällen gute Resultate, doch ist ihre Anwendung nur bei der Unmöglichkeit des Ureterenkatheterismus zu empfehlen.

Von den funktionellen Untersuchungsmethoden ist zunächst die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit brauchbar. Sie ist einfacher als die Bestimmung des Gefrierpunkts und bedarf weniger Zeit.

Die Kryoskopie des Blutes ist äußerst wichtig. Steigt δ über 0,58°, so ist eine doppelseitige Nierenerkrankung vorhanden. Bei Kachektischen freilich kann δ auch ohne Nierenbeteilung bis unter 0,60° fallen. Dagegen leugnet Kümmel heute die Wirkung großer Abdominaltumoren auf den osmotischen Blutdruck.

Fällt δ unter 0,60°, so darf nicht mehr operiert werden.

Die Harnkyoskopie ist unlöslich verbunden mit dem Ureterenkatheterismus. Durch diese beiden Faktoren wird die einseitige Funktionsstörung bestimmt. Auch der Harnstoffgehalt der erkrankten Seite ist verringert.

Kümmel glaubt nicht recht an eine reflektorische Störung, er nimmt bei jeder Funktionstörung auch eine Erkrankung des Organs an. Nur die Oligurie kann reflektorisch entstehen, jedoch glaubt der Autor, daß bei der reflektorischen Oligurie nur die Menge des ausgeschiedenen Harns, nicht aber die Menge der Moleküle zurücktrete.

Kümmel faßt seine Befunde folgendermaßen zusammen: Bei normaler Konzentration des Blutes besteht keine allgemeine Funktionsstörung, die sich in der großen Mehrzahl der Fälle mit einer doppelseitigen Nierenerkrankung deckt, während Konzentrationserhöhung stets auf eine solche schließen läßt.

Dieser Satz ist differentialdiagnostisch wichtig. So sah Kümmel mehrere Fälle von Haematurie mit einseitigen Nierenschmerzen, die sich durch die Erhöhung der molekularen Blutkonzentration auf 0,65° als doppelseitige hämorrhagisehe Nephritis und nicht als einseitige Steine auswiesen.

Nephrotomieen zwecks Exstirpation von Steinen bei doppel-

Digitized by Google

seitiger Erkrankung oder zwecks Entleerung von Eiter aus dem Nierenbecken kann man auch wagen — niemals aber eine Nephrectomie! — wenn δ höher als 0,60° ist.

Kümmel hat 245 Nierenoperationen ausgeführt. Von diesen waren 107 Nephrectomien, 80 Nephrotomieen, 35 Fixationen, 4 Resektionen etc. etc. Darunter sind:

26	Fälle	von	Hydronephrose	mit	1 Todesfall
31	„	„	Pyonephrose	„	5 Todesfälle.
55	„	„	Nephrolithiasis	„	10 „
39	„	„	Tuberkulose	„	9 „
17	„	„	Tumoren	„	7 „

168 Fälle mit 28 Todesfällen.

Von diesen 168 Fällen wurden 70 vor der Anwendung der neueren Untersuchungsmethoden operiert, 98 nach derselben. Die Mortalität der ersten Gruppe betrug 28%, die der zweiten 8%. Derartige Zahlen sprechen für sich selbst.

Nachtrag.

A. Pousson: Traitement chiurgical des Néphrites médicales. (Librair. J. B. Baillière et fils, Paris 1804.)

Das 90 Seiten starke Buch ist in einen theoretischen und einen klinischen Teil eingeteilt: I. theoretischer Teil. Zunächst bespricht Pousson die Harrisonsche Theorie, welche die Nephrotomie bei der acuten Nephritis mit der Iridectomie oder der Entfernung der albuginea bei acuter Orchitis in eine Linie bringt, da die Niere, wie das Auge und der Hoden in eine nicht dehnbare Kapsel eingeschlossen ist. Die Mehrzahl der Nierenaffektionen geht mit Proliferationsvorgängen Hand in Hand, so daß eine Massenzunahme des Organs eintritt, die in der Kapsel eingeengt, eine Erhöhung des intrarenalen Drucks erzeugt. Bei der Kapselincision drängt sich daher beim Toten und noch mehr beim Lebenden das Nierengewebe heror. Der Druck erzeugt anfangs Funktionsstörungen schwerer Art und schließlich anatomische Läsionen. Die Nephrotomie läßt im Moment den Druck zum normalen Maße herabgehen und sorgt ferner für einen günstigen Abfluß des Blutes, so daß sie als das beste Mittel in der Behandlung der Nierenkongestionen erscheint. Sie gestattet weiter Waschungen der Nierenkelche und des Nierenbeckens mit schwachen antiseptischen Lösungen, verlangt aber eine lang fortgesetzte Drainage des Nierenbeckens, die den Abfluß des Nienensekrets garantiert.

Digitized by Google

Für die chronische Nephritis kommen drei Operationsweisen in Betracht: Die Nephrectomie, die Nephrotomie und die Nephrolyse. Die erstere kommt natürlich nur dann in Betracht, wenn die eine Niere noch gesund erscheint. Die Abtragung einer chronisch-entzündeten Niere kann aber den physiologischen Sekretionszustand der anderen Niere, sowohl der Quantität wie der Qualität des gelieferten Harns nach wieder herbeiführen. Es ist dies so zu verstehen, daß die eine Niere unter dem Reflex der anderen steht. Bekanntlich sieht man nicht gerade selten Oligurie resp. Anurie bei einseitigen Alterationen (wie Kontusion, Stein, Krebs etc.). Auch Experimente verschiedener Art beweisen dies und lassen sich durch die altbekannte Tatsache erklären, daß die Reizung der in einer Niere und in einer Nierenkapsel ziehenden Nerven das Parenchym beider Nieren zum Erblassen und die Urinsekretion zum Versiegen bringt, daß die Durchschneidung der Nerven des plexus renalis einer Seite eine enorme Kongestion auf beiden Seiten ohne Vermehrung der Urinsekretion erzeugt. So kann unter dem Einfluß vorübergehender Kongestionen, wie sie im Verlauf chronischer Nephritiden häufig sind und auch von Läsionen im plexus renalis die andere Niere auf reflektorischem Weg der Sitz einer Ischaemie oder Hyperaemie werden, die zunächst nur die Nierenfunktion stört, dann aber durch die ungenügende Ernährung der Epithelien zur anatomischen Erkrankung führt. Es gibt also, wie es eine sympathische Ophtalmie gibt, eine sympathische Nephritis, an der vielleicht auch Nephrotoxine oder Nephrolysine, die durch die Erkrankung einer Seite erzeugt sind, mitwirken.

Die Nephrotomie wendet man bei Schmerzen an, die bei Nephritis sehr selten, aber doch vorhanden sind und aus dem Druck der Kapsel auf die congestionierte Niere resultieren. Sie ist auch angebracht bei den Hämaturieen, wie sie zuweilen im Verlauf von chronischen Nephritiden entstehen. Pousson glaubt nicht recht an die essentiellen Hämaturieen. Die Wirkung der Nephrotomie sieht er in der Bekämpfung der Congestion und der Schaffung besserer Zirkulationsverhältnisse. Die ihr häufig folgende Dauerheilung schreibt er der Ausheilung einer lokal begrenzten Nephritis zu. Ganz ähnlich erklärt er die Erfolge der Nephrotomie bei der Urämie. Er glaubt, daß nicht nur bei der parenchymatösen Nierenerkrankung, wo die Proliferation der Gewebselemente eine natürliche Erklärung abgibt, sondern auch bei der Schrumpfniere ein chronisches Glaukom bestünde, weil bei dieser die Kapsel und das Bindegewebe im Zustand der Retraktion sich be-

Digitized by Google

finde. Die geringste Störung schaffe Congestionen; der Druck im Nierengewebe könne größer werden, als in den zuführenden Gefäßen, sodaß kein Blut mehr zufließen könne. Das Resultat sei eine absolute Anurie. Bei vielen Nierentoten finde man noch so viel gesundes Gewebe, daß man den Tod nicht dem Parenchymschwund, sondern eben der funktionellen Störung durch die Congestion zuschreiben könne, die durch die Nephrotomie bekämpft werden kann.

In ähnlicher Weise sucht man durch die Nephrolyse einzuwirken. Man glaubt, daß die intrarenale Hypertension nicht durch die Nierenkapsel allein, sondern auch durch die mehr oder weniger sclerosierte und verwachsene Fettkapsel erzeugt werde. Die Edebohlsche Nephrocapsulectomie macht sich besonders die sekundäre Anastomosenbildung zu Nutze. Nach der Abtragung der Kapsel entsteht ein gefäßreiches Gewebe, daß der Niere von den Nachbarbezirken aus neue Zirkulationswege schafft und so eine bessere Durchblutung derselben erzeugt. Nimmt man dazu, daß das Verschwinden des Überdrucks und die Schaffung guter Zirkulationsverhältnisse eine Regeneration selbst schwer erkrankten Nierengewebes erlaubt, so wäre die Edebohlsche Operation die ideale, wenn nicht zu befürchten stände, daß die neu gebildete Kapsel sich wie jedes andere Narbengewebe im Körper auch ihrerseits retrahieren würde, ihren Gefäßreichtum abgäbe, um statt des Teufels nun Beelzebub zu spielen. Pousson steht freilich mehr auf der Seite derer, die der neugebildeten Kapsel einen bedeutenden Gefäßreichtum auch für die Dauer nachsagen.

II. klinischer Teil. Die acute Nephritis wurde 37 mal chirurgisch behandelt. Die Mortalität war 16%. Von den 31 Überlebenden wurden 11 länger beobachtet, von denen einer ungeheilt blieb. Die übrigen 10 wurden geheilt und blieben in teilweise recht langer (bis 10 Jahre andauernder) Beobachtungszeit gesund. Als Ursache erwies sich in 15 untersuchten Fällen 8 mal der colibacillus, 1 mal dieser in Gesellschaft mit streptococcen, 3 mal Influenza, 1 mal Gonococcie, Furunkulose und Scharlach.

Die Operation bietet also eine relativ günstige Prognose. Meist genügt es eine Seite zu operieren, obwohl auch die akute Nephritis wenigstens im späteren Verlauf meist doppelseitig ist. Sehr schwierig ist in einseitigen Fällen die erkrankte Seite zu finden, weil bei infektiösen Erkrankungen die Gefahren der Ureteren-Katheterisation bedeutende seien. Besondere Hinweise bieten die Schmerzhaftigkeit der Niere event. auch deren Vergrößerung. Cystokopie ist erlaubt.

Digitized by Google

Als Indikation zur Operation ist die Rosenstein-Pel'sche Forderung anzusehen: Verminderung der Diurese in lebensgefährlicher Weise und Versagen der internen Therapie. Als Operation ist die Nephrotomie zu wählen. Unter 19 Nephrotomieen, von denen 17 ein bis zwei doppelseitig waren, sind 15 Heilungen, 2 Besserungen und zwei Todesfälle zu verzeichnen. Siebenmal wurde mit der Nephrotomie die Excision der Infektionspforten verbunden, wobei 6 Heilungen erzielt wurden und ein Todesfall passierte. Die 9 Nephrectomieen brachten 7 Heilungen und 2 Todesfälle, eine einseitige Decapsulation eine Heilung; eine doppelseitige dagegen ging unglücklich aus. Die Nephrotomie genügt also meist. Man muß immer bedenken, daß auch die erkrankte Niere noch gesunde Partien aufweist, die funktionell unter Umständen von großer Wichtigkeit sein können. Nur wenn man wegen des Nierenreflexes mit der Nephrotomie der kranken Seite nicht auskommt, oder wenn sehr ausgedehnte anatomische Läsionen da sind, kann man die Nephrotomie vornehmen. Selbstverständlich muß man aber vorher genau über den Zustand der anderen Nieren informiert sein.

Die chronische Nephritis wurde 79 mal operiert. Pousson trägt zu dieser Zahl selbst 13 Fälle bei. Tot blieben 16, was einer Mortalität von 20% entspricht. Von 5 eigenen Fällen, deren Schicksal längere Zeit beobachtet werden konnte, trat in einem ein Rezidiv ein, bei 3en besserte sich das Befinden, ohne daß im Urin das Eiweiß verschwand, teilweise ganz beträchtlich, bei einem ist seit 4 Jahren auch daß Albumen im Harn fortgeblieben; er ist aber krank, wahrscheinlich tuberkulös. Die mitgeteilten Krankengeschichten haben alle das Gemeinsame, das nach der Operation eine bedeutende Vermehrung der Harnmeng eund auch der festen Bestandteile, sowie eine beträchtliche objektive und subjektive Besserung auftrat; in einer recht bedeutenden Anzahl von Fällen trat ziemlich rasch — nach 14 Tagen bis 4 Wochen — wieder der alte Zustand ein. Es ist hier nicht der Ort Kritik an den Krankengeschichten zu üben. Sehr überzeugend klingen sie nicht. So beginnt in einem Fall die Zunahme des Urins richtig erst 14 Tage post operationem — und die Ödeme brauchen 8 Monate lang bis sie verschwunden sind. In einem anderen war 8 Monate zuvor schon ein Uraemie-Anfall ohne Operation vorübergegangen und ähnliches mehr. Es ist sehr fraglich, ob die Krankengeschichten viel anders gelautet haben würden, wenn nicht operiert worden wäre. Von den 51 Edebohls'schen Fällen waren 40 zur längeren Beobachtung geeignet. Jedoch kommen nur 24 in Betracht. Die Resultate waren in 2 Fällen

Digitized by Google

(8 %) nur recht mäßig, in 12 Fällen (50 %) trat erhebliche Besserung ein, 10 Kranke (42 %) wurden dauernd geheilt, darunter einer 10 J. im Mittel $4^1/_4$ Jahre. Gestorben sind 14 (=27 %), unter den letzten 11 Operierten nur einer (=9 %). In der übrigen Literatur sind 4 Dauerheilungen bekannt gegeben worden.

Man kann doppelseitig operieren. Da es aber besser ist, das Operationstrauma auf ein minimum zu reduzieren, darf man nicht von vornherein immer an eine Doppeloperation denken, Häufig ist auch die chronische Nephritis nur einseitig. Doppelseitig ist diese Krankheit nur für den Anatomen, da dieser die Nephritis stets sehr spät zu Gesicht bekommt, für den Chirurgen ist sie oft einseitig. So sah Pousson unter 11 Fällen zweimal einseitige Nephritis. Zur Erkennung der erkrankten Seite dient der Ureterenkatheterismus.

Als Indikation zur Operation stellt Pousson mit Edebohls den Satz auf: Operieren muß man alle Nierenkrankheiten mit schweren Erscheinungen, welche der internen Heilung widerstehen, insbesondere, dann, wenn Oligurie eintritt.

Die Operation der Wahl ist für ihn trotz einer Mortalität von 44 % die Nephrotomie. Die hohe Sterblichkeit erklärt er aus der besonderen Schwere seiner Fälle, da er Kranke mit den allergefährlichsten Erscheinungen unter dem Messer gehabt habe, Fälle in denen das Messer die ultima ratio gewesen sei. Gerade für die schweren Zustände will er die Nephrotomie anraten, im chronischen Verlauf kann man den Edebohls'schen Eingriff vornehmen.

II. Referate.

Ed. Orlipski-Halberstadt: Ein Beitrag zur Frage: „Gibt es gonorrhoische Exantheme?." (Deutsche Ärzte-Zeitung 1903 Heft 3, 18. Seite.)

Die Frage des Zusammenhanges zwischen Gonorrhoe und Hauterkrankungen ist nicht neu. Musgrave 1723 und Selle 1783 sprechen es schon aus, daß „der Trippereiter resorbiert werde und zu Hautausschlägen Veranlassung geben könne." Die Neugestaltung der Gonorrhoe-Lehre durch die Entdeckung des Gonococcus hat die Frage der gonorrhoischen Exantheme neu belebt. Erklärungsschwierigkeiten bildete allerdings die von Bumm inaugurierte Hypothese von dem ausschließlichen Cylinderepithelparasitismus des Gonococcus Neisseri, denn die Voraussetzung seines in dieser Art „wählerischen" Verhaltens würde die Annahme seines Gedeihens im Plattenepithel und Bindegewebe nicht zugelassen haben. Aber die bekannten Tripperkomplikationen sind nicht — das ist jetzt erwiesen — Misch-Infektionen, wie Bumm wollte, sondern — durch den Gonococcus direkt bewirkt — nichts anderes als Metastasen.

Digitized by Google

Touton, Jadassohn und vor allem Wertheim haben gezeigt, daß der Tripperpilz in mehreren Sätteln gerecht sei, daß die Gonorrhoe auf dem Wege der Metastasenbildung eine allgemeine Erkrankung schwerer Art werden kann und daß die Gonococcen nicht bloß in der Kontinuität der Harnorgane, sondern in Herz und Nerven, Muskeln und Gelenken und auch auf der Haut Veränderungen herbeiführen können.

In der Originalarbeit werden nunmehr 5 eigene Beobachtungen ausführlich geschildert, und zwar eine Urticaria alba annularis et factitia cum Gonorrhoea subacuta urethralis; eine Purpura rheumatica gonorrhoica, ein scharlachähnliches Exanthem bei Deferentitis gonorrhoica, und eine Urticaria gonorrhoica, welche in sehr charakteristischer Weise mehrere Male zugleich mit dem Tripperrecidiv recidivierte, resp. wiederholt bei derselben Person, wenn sie an Tripper erkrankte, aufzutreten pflegte; schließlich ein Erythema exsudativum multiforme cum Gonorrhoea, welches schrittweise mit der Abnahme der gonorrhoischen Erscheinungen schwindet. — In allen Fällen waren vor der Gonococcus-Invasion Hauterkrankungen nicht vorhanden gewesen, letztere treten mir Vorliebe gerade dann auf, wenn der blennorrhoische Prozeß exacerbierte; Verstauungsstörungen, etwa Koprostase waren in keinem Falle da, ein Arzneiexanthem konnte es nicht sein, da eine innere Medikation nicht erfolgt war, in einem Falle 2 zeitlich um 15 Jahre auseinanderliegende Gonococcen-Infektionen und beide Male dieselbe Form von Hautexanthem (Urticaria); die Hauterscheinungen heilen erst ab nach Anwendung der antigonorrhoischen Therapie.

Wollte man hier einen Causalnexus leugnen, so hieße es den Dingen Gewalt antun. Außer den schon erwähnten Forschern des 18. Jahrhunderts hat sich dann weiterhin Pidoux mit dieser Angelegenheit befaßt, die Tatsache des Vorkommens gonorrhoischer Exantheme ist ihm ein Beweis für die diathetische Natur des Trippers. Weiter Fournier; Meuriot, welcher runde, 3 markstückgroße Ecchymosen und unter der erhabenen Epidermis eine schwärzliche Flüssigkeit an Schulter, Penis, hinter dem rechten Ohr, am rechten Brustteil etc. beschreibt (Purpura rheumatica gonorrhoica;) dann Molènes und besonders Finger, welcher mehrere Fälle von Purpura auf gonorrhoischer Grundlage beschreibt. Eine Arbeit von L. Andret „des manifestations cutanées de la blennorrhagie" kommt zu folgendem Resumé: „1. Die Gonorrhoe ist eine virulente, der Verallgemeinerung fähige Krankheit. 2. Die Gonorrhoe äußert sich auf der Haut a) in Form lymphatisch- herpetischer Ausschläge, b) als knotiges papulöses Erythem, c) als Scharlach ähnliches Exanthem." —

Pick-Prag schildert quadderförmigen Ausschlag bei einer tripperkranken Frau, welcher aufhörte erst mit Ablauf des gonorrhoischen Prozeßes; —

Raynaud's-Beobachtung betrifft ein eczematöses Exanthem, das aus einem zuerst scarlatina artigen und dann herpetiformen hervorging, vergesellschaftet mit chronischem Tripper; ferner eine gonorrhoische Rubeola, schließlich eine Purpura auf gleicher Grundlage. — Horwitz und Paltouf gelingt der bakteriologische Nachweis der Gonococcen in einer Haut-Metastase (1893, Wien Kl. Wchschr. No. 4), Sahli-Bern findet den Pilz in Haut- und Unterhaut-Abscessen, Fonton im Hesper-Bläschen Diplokokken, „welche von Gonococcen

Digitized by Google

nicht zu unterscheiden waren." (Arch. f. Derm. u. Syph. XX, S. 15. Folliculitis praeputialis.)

Hiernach kann das Vorkommen der gonorrhoischen Exantheme als sicher angesehen werden. Verschiedene Erklärungen sind versucht worden: lassen wir das „Arznei-Exanthem" bei Seite (viele Fälle von Gonorrhoe ohne Exanthem trotz der Balsamika, andererseits gonorrhoische Exantheme ohne eine Spur von inneren Arzeneimitteln, bei unserer Krankheit rufen Balsamika viel seltener Erytheme hervor), so bleibt die Erklärung als Zeichen einer Tripper-Diathese, als Folge der mit G. häufig verbundenen Koprostase (Autointoxikation vom Darme her;) eine Angioneurose, eine Gonococcen-Metastase, eine Gonococcen-Toxinwirkung.

Die von Pidoux aufgestellte Diathese-Hypothese wird von Fournier bekämpft, welcher die allgemeinen Veränderungen in dem subjektiven Befinden der Gc.-Kranken zurückführt auf die mit dem Tripper als solchem verbundenen Säfteverluste, Schmerzen, Eiterungen und Abweichungen von dem gewohnten sexuellen Leben.

M. Flesch (Monatshefte f. pr. Dermat. Bd. XI) vertritt die Auffassung von der Darmautointoxikation: die gonorrhoische Prostata-Schwellung führe zur Koprostase und damit zu autochtoner Darmvergiftung, die sich in Hautausschlägen äußert. — Diese Auffassung erklärt aber nicht das Auftreten der Exantheme beim genus femininum, außerdem gibt es zahlreiche Fälle von starker gonorrhoischer Prostata-Schwellung ohne Exanthem.

Weit einleuchtender ist uns die von Perrin und Frank zuerst aufgestellte Behauptung, daß der Reiz, welchen die Gc. auf die Vasomotoren ausübe, die Ursache der Hauterscheinungen sei. „Es ist der kontinuierliche Reiz von seiten des Genitalsystems, welcher die veränderte Erregbarkeit der vasomotorischen Nerven zur Folge hat, andererseits lehre wie in der periodischen Steigerung der Eruption, daß die normalen Funktionen der Genitalien als auslösender Reiz anzusehen sind." In der Tat kennen wir vielfache Andeutungen dafür, daß genitale Reize Hauterscheinungen machen, die Brustwarzenpigmentation, die linea alba der Schwangern, die Hautverfärbungen Menstruierender beweisen es. Hebra hat schon 1855 in einer Schrift „über das Verhältnis einzelner Hautkrankheiten zu den Vorgängen in den inneren Sexualorganen des Weibes" (Wochenbl. der „Zeitschr. der Ges. d. Ärzte") gesagt, daß „solche Exantheme einer örtlichen Behandlung nicht weichen, sondern nur durch die Heilung des Grundübels beseitigt werden müssen." — G. Lewin erzeugte durch Harnröhrenreizung Exanthem (Erythem), ebenso Heller. Mit dieser „vasomotorischen" Erklärung konkurriert die direkte Gc-Wirkung, indem manche meinen, daß die Pilze als solche — ohne das Bindeglied der Angioneurose — auf metastasischem Wege oder durch Toxinabsonderung Hautanomalien erregen. Da Gc in Haut und Unterhaut gefunden sind, so ist ihre Verschleppung in die Haut-, Blut- und Lymphgefäße durchaus möglich. Manche Exantheme im Gefolge der Gonorrhoe sind aber nur Wirkung der giftigen Stoffwechselprodukte der Gc, analog dem Masern-, Scharlach-, Typhus-, Diphtherie-, Röteln-, Pocken-, Syphilis-Exanthem und den nach Tuberkulin- und Diphtherie-Heilseruminjektionen auftretenden Exanthemen.

(Autoreferat.)

Digitized by Google

III. Besprechung.

Herbst: Erprobte Schutzmittel. (Verlag von J. M. Spaeth, Berlin.) Preis 1 Mk.

Diese zeitgemäße Broschüre eines Spezialisten bringt nicht nur Angaben über erprobte Schutzmittel, beginnend mit der Reinhaltung und Abhärtung bis zu den eigentlichen medikamentösen Mitteln, sondern sie erörtert auch klar und ausführlich die übrigen wichtigen Fragen des Geschlechtslebens und zwar für Ehemänner, Ehefrauen, Mütter und Jugend. Der seit langem bewährte Blokusewski'sche Tropfapparat „Samariter" wird in der Broschüre als besonders zweckmäßig erwähnt. — Übrigens liefert die Firma Baudekow, Berlin SW. 61, die Blokusewski'schen Tropfapparate jetzt auch mit Albargin, und zwar auch als kleine handliche Apparate für Einzelgebrauch (Sanitas Oliven), deren Verschluß jede Möglichkeit einer Zersetzung des Inhalts ausschließt. Dr. Droste-Hönningen a. Rh.

In Vorbereitung befindet sich und erscheint binnen kurzem folgende, auch durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes beziehbare **Novität:**

Ärztliche Vorschriften für Geschlechtskranke.

Von

Dr. med. L. Eisenstadt, Berlin.

Inhalts-Übersicht: 1. Akute Gonorrhoe. — 2. Technik der Einspritzungen. — 3. Cyst. Epididym. Urethrit. post. — 4. Chronische Gonorrhoe. — 5. Verhütung von Geschlechtskrankheiten. — 6. Schankergeschwüre. — 7. Lues. — 8. Quecksilberkur.

In Form einer bequemen Register-Mappe mit Einlage von je 15 einzelnen Blättern für jede der 8 Vorschriften = 120 Blätter.

Preis ca. Mk. 2.

Die Vorschriften sind auch einzeln — je nach Bedarf — nachzubeziehen.

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
W. Malende in Leipzig, Johannisgasse 3 I.

Übersetzungen in alle Kultursprachen sind in Vorbereitung.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

An unsere geehrten Abonnenten!

Mit dem vorliegenden Heft schließt der I. Jahrgang der

„Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene."

Wir erlauben uns, zum Abonnement auf den II. Jahrgang einzuladen und die bisherigen Abonnenten um rechtzeitige Erneuerung des Abonnements zu bitten.

Die Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene glaubt in dem verflossenen I. Jahrgang den Nachweis ihrer Daseinsberechtigung geführt zu haben, indem sie es als ihre vornehmste Aufgabe betrachtete, dem Praktiker das schwierige Gebiet der Harnkrankheiten zugänglicher zu machen, als dies bisher möglich war.

Durch gediegene, streng wissenschaftlich gehaltene Originalarbeiten hervorragender Fachmänner sowie durch Referate einschlägiger Arbeiten aus fachkundiger Feder sind die wichtigsten aktuellen Fragen aus dem Sonder-Gebiete der Harnkrankheiten behandelt worden, und zwar in einer Form, die vor allem dem Praktiker von Nutzen ist, der ja die größere einschlägige Litteratur aus Zeitmangel nicht bewältigen kann. Auf dem Gebiete der sexuellen Hygiene wurden durch Originalarbeiten und Referate fruchtbare Diskussionen angeregt, der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten wurde gemeinsam mit den schon länger bestehenden einschlägigen Zeitschriften kräftig aufgenommen.

Auch im II. Jahrgang soll derselbe Weg, der unserer „Monatsschrift" viel Anerkennung und Verbreitung verschaffte, eingehalten werden, — eine große Reihe interessanter und wichtiger Arbeiten, die für den II. Jahrgang vorgemerkt sind, wird unsere Monatsschrift zu einer für den Praktiker kaum entbehrlichen Zeitschrift gestalten.

Mögen sich den alten Freunden unserer Monatsschrift im kommenden Jahre neue zugesellen!

Stuttgart und Leipzig, im Dezember 1904.

Redaktion und Verlag

der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

..... Hier gefl. abzutrennen und an die seitherige Bezugsquelle einzusenden!

Unterzeichneter bestellt hiermit ein Abonnement auf die

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

(Redaktion: Dr. Karl Ries, Stuttgart.)

II. Jahrgang 1905, Heft 1—12

zum Preise von M. 8.— [inklus. portofreier Zusendung] (im Ausland M. 10.)

Die Zusendung ist erwünscht durch

.....

Ort und Tag: Name:

.....

Unterzeichneter bestellt hiermit und wünscht Zusendung durch:

.....

..... **Einbanddecke** (in Ganzleinen mit echter Goldpressg.) zum I. Jahrg. d. Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene. Preis M. 1.25.

..... Monatsschr. f. Harnkrankheiten pp. I. Jahrg. 1904 komplett **gebd.** zum Preise von M. 10.

Ort und Tag: Name:

Digitized by Google